

PERFIL COGNITIVO DE UN PACIENTE CON TRASTORNO ADAPTATIVO MIXTO:

Estudio de caso

Investigador:

Isabel Cristina Palacio Perez, C.C 64.587.372

Director:

Marley Serrano Ramírez Ph.D.

UNIVERSIDAD DEL NORTE

DIVISIÓN DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES.

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

Barranquilla, 2017

Tabla de Contenido

	Pág.
Introducción	7
1. Justificación	9
2. Área Problemática	12
3. Objetivos	15
3.1.Objetivo General	15
3.2.Objetivos Específicos	15
4. Historia Clínica del Paciente	16
4.1.Motivo de consulta	16
4.2.Descripción de Síntomas	16
4.2.1. Cognitivo	16
4.2.2. Afectivo	17
4.2.3. Conductual	17
4.2.4. Fisiológico	17
4.2.5. Relacional	17
4.2.6. Contextual	17
4.3.Identificación de Problemas	17
4.4.Análisis Descriptivo de los Problemas	18
4.5.Análisis Histórico	19
4.5.1. Historia Personal	19
4.5.2. Historia Familiar	19
4.5.3. Historia Académica Laboral	20
4.5.4. Historia Socioafectiva	21
4.6.Historia del problema	21
5. Genograma	23
5.1.Procesos de Evaluación	23
5.2.Escala de Ansiedad de Hamilton	25
5.3.Cuestionario Esquemas Mal Adaptativos Tempranos EMT	26
5.4.Análisis Funcional	27
5.5.Formulación y Conceptualización Clínica	28

5.6.Diagnóstico Multiaxial	34
5.7.Diagnóstico Diferencial	35
5.8.Factores de Desarrollo	36
5.8.1. Factores de predisposición	36
5.8.1.1.Biológicos	36
5.8.1.2.Social	36
5.8.1.3. Psicológicos	36
5.8.1.4.Familiar	36
5.9.Factores Adquisitivos	37
5.10. Factores Desencadenantes	37
5.10.1. Distales	37
5.10.2. Proximales	37
5.11. Factores de Mantenimiento	37
6. Plan de Intervención	38
6.1.Objetivos	38
7. Técnicas y Número de Sesiones Requeridas	39
7.1.Resolución de trastorno adaptativo	39
7.1.1. Entrenamiento en técnicas del manejo de la conducta de ansiedad	39
7.1.2. Técnica de detección del pensamiento	39
7.2.Depresivo	40
7.3.Características del Trastorno Obsesivo	40
7.4.Descripción de Sesiones	41
7.4.1. Primera sesión	41
7.4.2. Segunda sesión	42
7.4.3. Tercera sesión	43
7.4.4. Cuarta sesión	45
7.4.5. Quinta sesión	47
8. Marco Conceptual de Referencia	48
8.1.Trastorno Adaptativo	48
8.1.1. Diagnóstico	48

8.1.2. Características diagnósticas para el trastorno adaptativo DSMIV_TR	48
8.1.3. Características diagnósticas del trastorno adaptativo CIE 10	49
8.2.Trastorno Depresivo Mayor	51
8.2.1. Características diagnósticas del trastorno depresivo mayor	51
8.3.Trastorno Obsesivo Compulsivo de la Personalidad	56
8.4.Rasgos de Personalidad	57
8.5.Características Clínicas del Trastorno Obsesivo Compulsivo de la Personalidad	58
9. Análisis del caso	63
Conclusiones y discusión	66
Referencias bibliográficas	70
Anexos	72

Lista de Tablas

	Pág.
Tabla 1. <i>El inventario de depresión de beck</i>	24
Tabla 2. <i>Puntuaciones EMT</i>	26
Tabla 3. <i>Alteración del estado de ánimo con características depresogénicas</i>	27
Tabla 4. <i>Ansiedad y angustia</i>	27
Tabla 5. <i>Predominancia del esquema</i>	34

Lista de Gráficas

	Pág.
<i>Gráfica 1.</i> Análisis molar	31
<i>Gráfica 2.</i> Diagrama de conceptualización	32
<i>Gráfica 3.</i> Generación y mantenimiento del trastorno	65

Introducción

En el transcurrir del desarrollo, los seres humanos tenemos experiencia que marca el recorrido de nuestra vida, y se refleja en nuestro comportamiento, marcamos una pauta de comportamiento alrededor de la experiencia, programando así nuestras respuestas y estilos de afrontamiento.

Sin embargo, existen experiencias con las que hemos sentido amenazada nuestra vida como la conocemos en sus diferentes dimensiones, personal, laboral, familiar y social, estas situaciones resultan altamente estresantes, y la mayoría de nosotros logramos resolverlas de manera más o menos satisfactoria. Pero por otro lado encontramos casos en los cuales estas situaciones no se logran resolver y el afrontamiento de las mismas no se da de manera adecuada, generando como consecuencia un malestar significativo que interfiere con la cotidianidad del individuo, generando malestar psicológico significativo y afectando sus diferentes dimensiones.

Es así como una reacción desadaptada, la cual tiene como característica ser más intensa y prolongada de lo que se espera, se constituye en la base de los trastornos adaptativos, en adelante T.A.

Alrededor de los trastornos adaptativos se evidencia que, aunque son una realidad frecuente y presumiblemente constituyen uno de los trastornos que con mayor frecuencia se presentan y atienden en la consulta de atención primaria, tanto dentro de las patologías psiquiátricas como desde el punto de vista de la patología general, posiblemente no son reconocidos e identificados como tales en un gran número de casos.

Se puede estimar que este tipo de trastornos afectan a un elevado porcentaje de la población y que la mayoría de los pacientes los superan solos o sin ayuda sanitaria específica. Sólo motivan consultas al médico en un reducido porcentaje de los casos, fundamentalmente en aquellos que son más graves, en los que el trastorno adaptativo es identificado y sentido como un problema psicológico o psiquiátrico por el individuo o en los casos en que se presenta en forma de problema físico (somatizado) Pérez y Prieto 2002.

Incluso, a pesar del que el TA es considerado por muchas personas como transitorio y de poca gravedad, en muchos casos, puede tener consecuencias muy graves como el suicidio (Goldston, Daniel y Reboissin. 1998; Kryzhanovskaya y Canterbury(2001) y parece conllevar repercusiones especialmente graves en los individuos más jóvenes (Andreasen y Hoenk 1982; Portzky, Audenaerd y Van Heeringen, 2005).

Para este estudio de caso único la atención de la paciente está centrado en el manejo del TA mixto con síntomas de ansiedad y depresión, así mismo en el reforzamiento de características conductuales de la paciente que están asociadas al trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad en adelante TOCP, ya que es este último quien aporta a la paciente una búsqueda de equilibrio y esfuerzo por superar la situación de alta tensión que experimenta , el trabajo se orienta, en primera instancia a la identificación y reconocimiento de los síntomas, reducción de síntomas y reorientación en cuanto al estilo de afrontamiento personal frente a la situación; así mismo se trabaja en la psicoeducación del modelo cognitivo conductual y de la forma en que la paciente se hace responsable de su proceso terapéutico, dentro de los logros más significativos se resalta, como la presencia de rasgos de personalidad obsesivo compulsivo le aporta a la paciente herramientas para disminuir síntomas asociados al TA, logrando que en la paciente los reducir síntomas depresogénicos.

1. Justificación

Todas las personas en algún momento de sus vidas enfrentan sucesos estresantes, sin embargo, no todas presentan una respuesta desadaptativa. La mayoría de estas reacciones no son graves ni prolongadas y no permiten establecer un diagnóstico clínico, sin embargo, frecuentemente son causa de intenso malestar en los individuos y ocasionalmente requieren atención médica.

La importancia etiológica de los factores de estrés no siempre es fácil de determinar. En cada caso la reacción del individuo dependerá en buena medida de factores personales. El estrés mismo no es un factor ni necesario ni suficiente para determinar el cuadro clínico. Sin embargo, hay ocasiones en que la sintomatología depende de manera evidente y primaria de las condiciones del estrés. En ese caso estamos autorizados a hablar de reacciones al estrés o trastornos adaptativos.

Las reacciones a acontecimientos estresantes pueden ser clasificadas en: reacciones normales al estrés, trastorno por estrés agudo (o crisis situacional), trastorno por estrés post traumático y trastornos adaptativos. En estas reacciones se encuentra normalmente ansiedad, depresión y mecanismos psíquicos normales que permiten controlar la respuesta de una manera tolerable para la persona. Hay diferencias en los distintos trastornos en la manera cómo funcionan los mecanismos de adaptación.

Para el caso del trastorno adaptativo se caracteriza por síntomas emocionales y/o conductuales clínicamente significativos que se desarrollan en respuesta a uno o más factores psicosociales de estrés identificables. El cuadro suele presentarse de manera progresiva.

El diagnóstico de trastorno adaptativo no se aplica cuando los síntomas representan una reacción de duelo (Criterio D). Por definición, un trastorno adaptativo debe resolverse dentro de los 6 meses que siguen a la desaparición del estresante (o de sus consecuencias) (Criterio E). Sin embargo, los síntomas pueden persistir por un período prolongado de tiempo (p. ej., más de 6 meses) si aparecen en respuesta a un estresante crónico o a un estresante con repercusiones

importantes. El estresante puede ser un acontecimiento simple o deberse a factores múltiples. Los estresantes son a veces recurrentes o continuos. El estresante puede afectar a una persona, a una familia, a un grupo o comunidad. También hay estresantes dependientes de acontecimientos específicos del desarrollo.

En nuestro contexto existen pocos tratamientos de elección basados en la evidencia para este trastorno, ha llevado a algunos autores se han centrado en abordar cuáles serían los objetivos fundamentales a seguir en cualquier tipo de terapia que se aplique en los tratamientos de TA; Benton y Lynch (2006) señalan que el tratamiento de los casos de TA debe dirigirse a reducir el agente estresante o a mejorar las habilidades de afrontamiento (cuando dicho agente no puede ser minimizado o eliminado) y debe ayudar a generar un estado emocional y unos sistemas de apoyo que aumenten la capacidad de adaptación y afrontamiento.

Estos autores recogen, además, los objetivos que debería tener el abordaje terapéutico de estos casos según Strain (1995): analizar el agente estresante que está afectando al paciente y determinar si éste puede ser eliminado o minimizado; clarificar e interpretar el significado que tiene para el paciente; reformular dicho significado; clarificar las preocupaciones y conflictos que el paciente experimenta; identificar los medios para reducir el agente estresante; maximizar las habilidades de afrontamiento del paciente y ayudar a los pacientes a ganar perspectiva en relación a la situación estresante (establecer relaciones, asistir a grupos de apoyo) y a gestionarse a sí mismos y al estímulo estresante.

Sin embargo, a pesar de la existencia de estas directrices, la ausencia de datos empíricos validados y de protocolos estandarizados ha provocado que en el tratamiento del TA se hayan utilizado muy diversos tipos y formas de intervención difícilmente comparables entre sí. Entre los abordajes utilizados se encuentran: el consejo, la psicoterapia, el consejo en crisis médicas (*medical crisis counseling*), la intervención en crisis, la terapia familiar y el tratamiento en grupo. Y en relación a los tipos de psicoterapia utilizados encontramos, entre otras, la terapia de apoyo, la terapia psicoeducacional, la psicoterapia interpersonal y las aproximaciones cognitivas y psicodinámicas.

Existe una necesidad evidente de realizar investigaciones empíricas sobre el tratamiento cognitivo conductual del TA basados en el perfil cognitivo del paciente, lo cual permitiría administrar de manera adecuada intervenciones clínicas que se ajusten a las particularidades de cada paciente.

Teniendo en cuenta lo anterior, la importancia de este estudio, los beneficios del mismo apuntan a que los resultados que se muestren darán fortalecimiento a planteamientos teóricos existentes dentro de la comunidad científica, ya que este fortalece cuerpo teórico específico de la génesis y mantenimiento del TA, mediante la caracterización del perfil cognitivo de la paciente través de identificación de los pensamientos automáticos, esquemas o creencias centrales, estrategias compensatorias y los factores de predisposición relacionados en la instauración del trastorno; así mismo representa beneficio para el paciente teniendo en el análisis profundo y sistemático del perfil cognitivo y el tratamiento personalizado dirigido a la minimización de los signos y síntomas presentados en sus niveles afectivos, cognitivos y conductuales que contribuye a un mejor afrontamiento de la situación que experimenta y la utilización de sus recursos personales, y en el reconocimiento de sus características de personalidad como componente positivo para el manejo del TA.

2. Área Problemática

Todos experimentamos situaciones particularmente difíciles, vivimos conflictos y pérdidas que nos provocan sufrimiento. Sin embargo, hay situaciones que nos desbordan y provocan un gran malestar. En este caso se hace referencia a un trastorno adaptativo, que no es más que una respuesta sobredimensionada y desadaptativa a uno o varios factores estresantes del medio.

El diagnostico de TA puede no ser diagnosticado con facilidad ya que el preocuparse por algunas razones de cambios y otras condiciones es tomado por una queja general, complementando que no es un fenómeno exclusivamente patológico, ya que todas las personas se preocupan con

frecuencia. (Beck & Clark, 2012), además, Según Hales, R.; Yudofski, S.; Talbott, J. (2000) el trastorno adaptativo es un fenómeno relacionado con el estrés.

En algunos casos el trastorno de adaptación se manifiesta de inmediato, ya que es una respuesta a una situación puntual que ha provocado un estrés agudo, como puede ser una ruptura sentimental, un cambio repentino de trabajo, un desastre natural o incluso el nacimiento de un hijo.

En otros casos el trastorno adaptativo puede tardar un poco más en aparecer, sobre todo cuando se trata de una reacción emocional a diferentes factores estresantes que han coincidido o que se han ido agravando a lo largo del tiempo, como las dificultades económicas, la aparición de una discapacidad y los conflictos en el trabajo. De hecho, si las condiciones estresantes persisten, el trastorno adaptativo adopta una forma persistente.

Sin embargo, a pesar que existe características diagnosticas para el TA, posiblemente no son reconocidos e identificados como tales en un gran número de casos. Por lo que en un porcentaje importante no son tratados como tal.

En relación a los motivos por los cuales lo pacientes llegan a consulta clínica, Strain et al. (1998), encontraron en mayor medida problemas de ansiedad/miedo, problemas de afrontamiento, depresión y problemas post parto, y con una frecuencia menor, problemas de alcohol, síndromes cerebrales orgánicos, historia de psicosis o necesidad de medicación psicotrópica.

Jones et al. (1999) señalaron que las mujeres tenían una mayor probabilidad de ser diagnosticada de depresión mayor o distimia, antes que de TA y un estudio posterior Jones et al. (2002), encontraron que el número de admisiones de diagnóstico de TA era superior al de distimia y trastorno de ansiedad. Por último, en un estudio realizado por Noyes, Clarkson. Crow, Yates y McChesney (1987) se observó que los familiares de pacientes con ansiedad generalizada tienen una mayor probabilidad de sufrir un TA tipo ansioso y que el hermano gemelo mono cigoto de un paciente con depresión mayor o distimia, tenía una mayor probabilidad de desarrollar un TA de tipo depresivo.

En conclusión, en el campo de los TA no se ha logrado establecer un adecuado consenso que permita la conceptualización o la mejor forma de abordarlo terapéuticamente.

Alrededor de estos trastornos se ha generado una situación paradójica, pues, si bien constituye un problema muy extendido en las consultas clínicas (Despland, Monod y Ferrero, 1995), afectan a un gran número de personas, llegando a estimar cifras superiores al 30% y al 50%; DSM IV, y se resalta que representa un problema importante de salud (van der klink; blonk; Schene y van Dijk 2003), por otro lado han recibido un escaso interés por parte de los investigadores, tenido en la realidad un conocimiento muy limitado y no cuenta con ningún tipo de protocolo de tratamiento basados en las evidencias para abordarlos, razón por la cual se hace pertinente este estudio de caso, ya que aporta a la descripción y análisis del perfil de un paciente con TA mixto con síntomas de ansiedad y depresión.

Para este caso de estudio el inicio de TA en la paciente obedece a una situación puntual asociada al ejercicio de su actividad laboral, las cuales de manera progresiva generaron cambios significativos en su cotidianidad y un desajuste en su agenda de vida, manifestándose síntomas ansiosos y depresogénicos los cuales se agudizan ante la durabilidad de la situación estresante y de la imposibilidad de la paciente para controlarla, lo que hace que fluctúe entre la manifestación de comportamientos desadaptativos.

Sin embargo, la presencia de características o rasgos de TOCP le aportan a la paciente estrategias compensatorias que contrarrestan la agudización de síntomas ansiosos y depresogénicos.

Teniendo en cuenta el perfil cognitivo de la paciente y TA, se lleva a cabo diseño del plan de intervención, basándonos en su base de TOCP, la cual da en estos momentos equilibrio para el manejo del TA.

3. Objetivos

3.1. Objetivo general

Conceptualizar el perfil cognitivo de un Trastorno Adaptativo Mixto de Ansiedad y Depresión en un paciente adulto desde el modelo de la terapia cognitiva.

3.2. Objetivos específicos

Evidenciar los principales Esquemas Maladaptativos Tempranos presentes en el Trastorno Adaptativo Mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo, en un paciente adulto, a través de la aplicación del inventario de los esquemas mal adaptativo de Young.

Describir el perfil cognitivo de un paciente con Trastorno Adaptativo Mixto de Ansiedad y Depresión que evidencien aspectos cognitivos.

Argumentar la eficacia del tratamiento psicológico pertinente para la conceptualización realizada desde el modelo de la terapia cognitiva.

4. Historia Clínica del Paciente

NPV, paciente femenino de 48 años de edad, nacida en Sincelejo Sucre, de profesión contadora pública, soltera sin hijos, residenciada en el municipio de Sincelejo.

4.1. Motivo de Consulta:

Paciente: “Me siento muy mal, al principio pensé que podría sobrellevar esto, pero me he dado cuenta de que; me siento ansiosa, no estoy comiendo, no puedo dormir, estoy desesperada”. Así mismo expresa que tiene sueños recurrentes que no le dan tranquilidad.

“Desde hace seis meses me encuentro en con el beneficio de prisión domiciliaria, me encuentro en un proceso relacionado con funciones de cargo que tenía, me vincularon a un proceso de investigación disciplinaria”.

Contacto Inicial: Paciente que se muestra participativa, lenguaje claro, fluido y organizado, demuestra inquietud motora e nivel de pierna, su presentación personal es adecuada, se muestra aseada.

La paciente no ha estado antes en consulta psicológica, está en primera instancia estuvo sugerida por su abogado, pero para ese momento no la considero necesaria, después de seis meses decide iniciar proceso terapéutico, teniendo en cuenta síntomas expresados en el motivo de consulta; no se encuentra tomando medicamentos, sin embargo ha consultado por fuertes dolores de cabeza “hace mucho rato que no me daban, estuve en tratamiento en Medellín para la migraña, pero lo suspendí porque me sentí bien; ahora consulte con el neurólogo y viene a verme en esta semana”.

4.2. Descripción de Síntomas:

- 4.2.1. Cognitivo:** “esta es una situación muy difícil para mí, siempre he sido perfeccionista en todo lo que hago, soy autosuficiente, independiente y he sido el ejemplo a seguir en mi familia”; “soy disciplinada, es más afiebrada en mi trabajo, si me dicen a las siete yo estoy a las seis”, “para mí mi trabajo y el deporte eran lo primero en mi vida”, Siempre me he caracterizado por sobresalir en todo lo que hago”, “no sé cómo pudo pasar algo así, soy muy meticuloso, reviso todo, muchas veces devolvía oficios hasta cinco veces y terminaba haciéndolo yo misma, no sé cómo no me di cuenta de lo que estaba pasando”; “me he esforzado mucho para tener lo tengo, me lo he ganado a pulso y con sacrificio”; fui buena estudiante, buena docente, buena profesional, y ahora con esto como quedo, mi imagen como queda”, “todo lo que yo había logrado donde queda”; “soy muy autosuficiente, no me gusta deberle nada a nadie y ahora no puedo hacer nada, dependo de otros”.
- 4.2.2. Afectivo:** tristeza; Signos de ansiedad y angustia; irritabilidad y cambios de humor.
- 4.2.3. Conductual:** Camina de un lugar a otro gritos. Llanto incontrolado, intenso y frecuente desde hace 5 meses.
- 4.2.4. Fisiológico:** Dificultad para conciliar y mantener el sueño (cada noche, desde hace 6 meses), tensión muscular y falta de sabor en los alimentos no motivada por circunstancia médica, dolor de cabeza, inquietud motora.
- 4.2.5. Relacional:** Se altera con facilidad frente a situaciones que no lo amerita, termina gritando a las personas que se viven con ella. Así mismo ha tratado de fortalecer vínculos con su familia y reconociendo que aunque siempre han sido importantes, ahora los ve como prioridad antes que cualquier otra situación.
- 4.2.6. Contextual:** Es manifestada en el hogar, ya que no tiene la posibilidad de salir de su casa.

4.3. Identificación de Problemas Actuales

Problema 1: Alteración del estado de ánimo con características depresogénicas.

Problema 2: Respuestas de ansiedad y angustia.

4.4. Análisis Descriptivo de los Problemas

Problema N° 1: Alteración del estado de ánimo con características depresogénicas: En la paciente está caracterizado por manifestaciones de tristeza, llanto frecuente, ha pensado en ocasiones en querer morir, como forma de salir de la situación en la que se encuentra, sin embargo, sin ideación o intento de suicidio; manifiesta sentimientos de culpa de manera constante; ha perdido el apetito y bajado significativamente su peso.

Esta sintomatología depresogénica se viene manifestando en la paciente desde aproximadamente cuatro semanas, con agudización de síntomas en la última semana, sus cogniciones más significativas son “no puedo soportar esto”, “estoy aburrida de esta situación”, “como voy volver a levantarme después de esto”, “no voy a poder hacerme cargo de mi familia, de mis sobrinos”.

Problema N° 2: Respuestas de ansiedad y angustia: Caracterizado por inquietud motora la mayor parte del día, manifiesta “no puedo quedarme quieta en un solo lugar”, dificultad para concentrarse en actividades que antes le gustaban, tales como leer prensa “tampoco he podido con otro tipo de lecturas, no me concentro”; sensación de tensión la mayor parte del tiempo “sobre todo cuando no tengo noticias de los asesores o sale una noticia relacionada con el caso.

Mantiene preocupación excesiva por solucionar la situación, “tengo que tenerle todo al abogado para que no me atrase,” “cuando me voy a la cama siempre estoy pensando en que debo hacer para tener lo que necesito para mi proceso”, siendo la preocupación excesiva elemento central que genera respuesta de ansiedad y angustia y la cognición “debo tener todo bajo control”. Esta se presenta la mayor parte del tiempo, pero se agudiza ante eventos de tensión tales como noticias relacionadas o citaciones recibidas, y en las horas cuando se va a dormir, por lo que no logra conciliación del sueño, el retardo en conseguir dormir favorece en la paciente aparición de

pensamientos intrusivos relacionados con la no resolución de la situación que la conlleva una deficiente calidad o cantidad del sueño. Tales pensamientos no hacen sino generar un estado de activación más elevado, tanto fisiológica como emocional, incrementando la respuesta de ansiedad y cerrando un círculo vicioso que empeora las condiciones para conciliar el sueño.

4.5. Análisis Histórico

4.5.1. Historia Personal

A nivel personal, la paciente se reconoce a sí misma como una persona respetuosa, cumplidora de las normas y constructos sociales, siempre buscando la perfección en las actividades que ejecuta, tanto a nivel personal, profesional y deportivo; en la cual siempre está atenta a los detalles y se muestra muy estricta frente a la realización de cada actividad.

La paciente practica desde hace muchos años Softbol, le gusta organizar eventos deportivos “el trabajo y el softbol para mí siempre fue lo primero”; reconoce que ante su contexto tenía mucha credibilidad y su círculo social era bastante amplio. Durante mucho tiempo ha padecido de migraña, situación por la cual estuvo en tratamiento hace seis años y este fue suspendido cuando creyó sentirse mejor (mostrando baja adherencia al tratamiento médico), sin embargo, ha consultado nuevamente por dolores de cabeza que son frecuentes y afectan el normal desempeño de su cotidianidad. Resalta con gran relevancia la importancia de la imagen y del que dirán, por eso ha tratado de mantener una imagen intachable frente a la sociedad.

4.5.2. Historia Familiar

Es la mayor de cinco hermanos. Familia nuclear, relaciones familiares estables.

Cuenta con una buena red de apoyo familiar, su grupo familiar está conformado por sus padres y tres hermanos, es la mayor de estos; la paciente siempre se ha visto como la que “he sacado a mis hermanos a delante, yo les di sus estudios y les ayudo a mis sobrinos, ellos han seguido mi ejemplo soy una guía para ellos”. La paciente no tiene hijos, es dedicada a sus sobrinos

quienes padecen enfermedades congénitas a saber Epilepsia, Labio Leporino y Paladar Hendido y Síndrome de Dow respectivamente, ya que son hijos de su hermana y quien en la actualidad no cuenta con la capacidad económica para atender sus respectivos tratamientos médicos, debido a su condición de madre cabeza de familia, y sumado a ello, la limitación de apoyo por parte de los servicios de salud, brindados por la EPS que atiende a los menores.

A nivel económico, la paciente es el mayor sustento de todo su núcleo familiar, lo cual se ha visto afectado en la actualidad, debido a que enfrenta un proceso jurídico, por lo que se encuentra privada de la libertad en su lugar de residencia y esto ha generado inestabilidad en la dinámica familiar de los mismos, debido a la ausencia de ingresos por parte de la paciente quien ayuda al sostenimiento y manutención de sus padres y sus sobrinos, generando en ella preocupación constante.

4.5.3. Historia Académica – Laboral

Es Contadora Pública de profesión, ha desarrollado al largo de su vida laboral diferentes especialidades en el área de la gestión y administración pública, así mismo siente gusto por la docencia y se muestra exigente frente ante la evaluación de su desempeño.

Dentro de sus logros más importantes destaca las características de los cargos que desempeña, los cuales esta orientados al manejo y gestión de procesos en la administración pública.

La paciente a lo largo de su recorrido educativo se ha caracterizado por obtener buenos resultados; distinguirse dentro de sus compañeros por sus resultados, así mismo expresa “todo lo que tengo me lo he ganado a pulso, me he esforzado mucho, y más porque recuerdo cuando era pequeña que mi papá le dijo a mi mamá que ya no me iba a poner más porque yo era mujer y mi mamá le dijo que no, que por ser mujer era que me debía poner a estudiar para que no dependiera de nadie, desde entonces siempre me esforzaba por ser la mejor”. Fue el mejor bachiller, recibió en tres ocasiones becas por ser la mejor estudiante en su carrera de contaduría pública, antes de culminar sus estudios inicio trabajando en esta área en una empresa, fue docente universitaria,

ganó concurso a mérito de cargo en carrera administrativa “fui la única que me gané ese examen”, en este se desempeñó con éxito y reconocimiento hasta el evento de investigación disciplinaria.

Se resalta en esta parte cuando inicia sus estudios de bachillerato sus niveles de auto exigencias, perfeccionismos y necesidad de control aumentan, sin que ello le genere malestar psicológico, programa de ahí en adelante cada actividad que realiza y estas así mismo empiezan a verse reflejas en su apariencia y cuidado personal.

Manifiesta que siempre ha sido una adicta al trabajo y que respondo a la gestión y a los objetivos de su cargo de manera responsable y comprometida.

4.5.4. Historia Socioafectiva

A nivel socioafectivo, la paciente se caracteriza por establecer y mantener buenas relaciones de amistad, demuestra compasión y respeto por los demás, le gusta estar atenta a las necesidades de las personas que la rodean y que son importantes para ella. Se muestra estable en sus relaciones, así mismo comprometida. Expresa de manera adecuada el afecto. Teniendo en cuenta su situación jurídica actual, manifiesta que sus vínculos familiares se han fortalecido y reconoce que aunque eran importantes siempre estuvo primero su trabajo y el softbol, situación que reconoce como favorable ya que ha podido darse cuenta de sus prioridades.

A nivel de relaciones afectivas no tiene pareja en la actualidad, expresa que esto nunca fue una prioridad para ella, en su adolescencia tuvo una relación de noviazgo, así mismo en edad adulta, sin embargo, expresa que “siempre estuve enfocada en lo que quería, y no vi lo mismo en estas personas, así que mejor me aleje”.

4.6. Historia del problema

La paciente, no demuestra dificultades que haya estado presente en su infancia, o que relacionadas con algún tipo de maltrato o abuso o nivel de relación. Expresa que desde hace seis meses posterior a inicio de un proceso disciplinario en su espacio laboral ha venido manifestando síntomas de dificultades para conciliar el sueño, con sensación de haber dormido bien, estado de

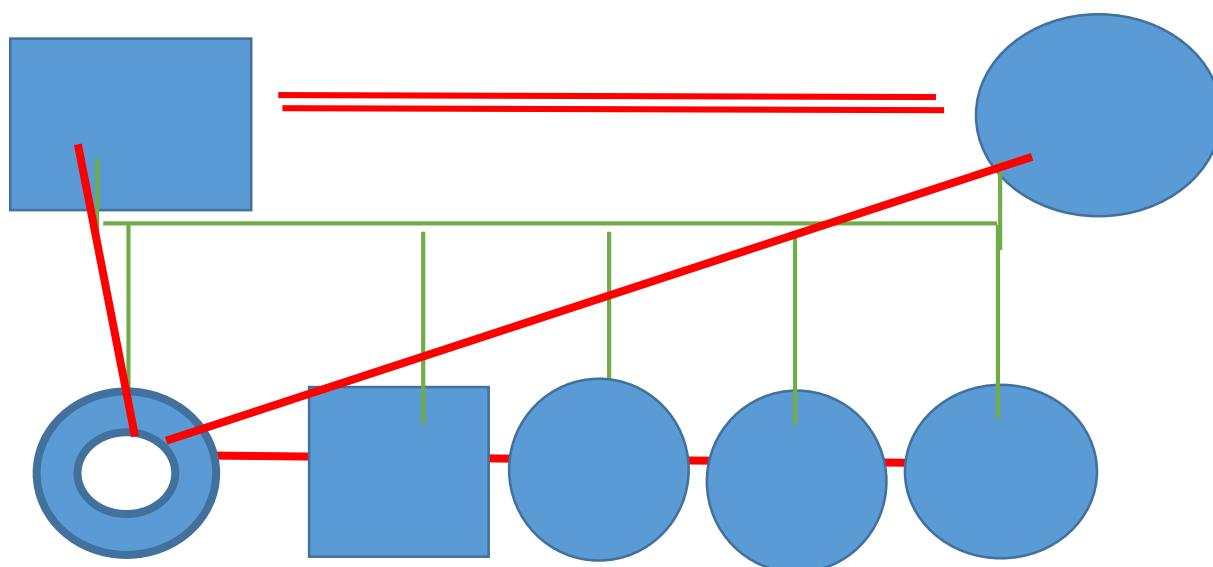
ánimo alterado caracterizado por irritabilidad, llanto, tristeza frecuente, pérdida de interés para hacer cosas en su cotidianidad, dolores de cabeza frecuentes, tiene antecedentes de migraña, donde no tuvo buena adherencia al tratamiento, ya que cuando la migraña cedió suspendió el tratamiento.

Manifiesta sentirse intranquila la mayor parte del tiempo, se muestra ansiosa, evidenciándose inquietud motora. La manifestación de los síntomas se inició con el hecho de que se iniciara un proceso disciplinario frente a la ejecución de su trabajo, el cual pensó “solo sería de contraloría”, sin embargo, este proceso disciplinario se fue complicando y la paciente agudiza sus síntomas depresogénicos, alternados por su preocupación por la resolución del mismo ante lo cual contrata personas externas que le asesoren en el proceso, asumiendo ella la búsqueda de evidencia de manera exhaustiva frente a la actividad laboral con la percepción de que “voy a salir de esto, pronto”, sin embargo la no resolución le sostiene en los estados depresogénicos y los síntomas de alteración somática que son soportados por su necesidad de control frente a la manera de cómo se lleva el proceso estableciendo una dinámica de alternancia entre preocupación por la no resolución y la presencia de estados depresogénicos que exacerban sus síntomas de migraña y cuando esta aparece la limita en sus funciones cotidianas.

El tiempo del proceso se ha extendido, superando los nueve meses, lo que genera la principal sintomatología en términos depresogénicos, sin lograr la completitud de un episodio depresivo mayor recurrente al estar mantenido por sus percepciones de control y confianza en la resolución del mismo.

En razón de ello se evidencian en la paciente cambios o saltos entre depresivo mayor y la ansiedad en la paciente, caracterizada por la preocupación excesiva, auto-exigencia y necesidad de vigilancia sobre las acciones del proceso tales como controlar la información que solicita y recibe, adecuación de un espacio en su casa donde tiene documentos en estricto orden cronológico y por carpetas “cuando mi asesor externo me solicite algo ya lo tengo, es más ya he debido elaborar el escrito que ellos tendrían que hacer pero para no perder tiempo yo prefiero hacerlo”, la paciente tiene muy interiorizada la idea de que ha de ser competente y saber resolverlo todo y controlar lo que sucede en su entorno.

5. Genograma



5.1. Proceso de Evaluación

Reorganizar: Describir como se realizó el proceso de evaluación, con que propósitos y enunciar las técnicas y métodos, Recuerda os dos propósitos de la evaluación que son los dos problemas identificados

El proceso de evaluación se realiza teniendo en cuenta los problemas identificados en la paciente para lo cual se utiliza en primer lugar la entrevista clínica donde se logra establecer en primera instancia empatía y rapport en el primer contacto con la paciente, facilitando la confianza y confidencialidad, en esta se realiza evaluación de estado mental y actitudes frente a iniciar proceso psicoterapéutico. En la entrevista clínica se buscó profundizar acerca del motivo de consulta, factores que originan y refuerza, así mismo afectividad y aspecto relacionados con su historia personal, familiar, educativa, profesional y de relaciones.

Se aplica el Inventario de depresión de BECK (IBD), El Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI) (Beck y cols, 1961) fue desarrollado inicialmente como una escala heteroaplicada de 21 ítems para evaluar la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión, conteniendo cada ítem varias frases auto evaluativas que el entrevistador leía al paciente

para que este seleccionase la que mejor se adaptase a su situación; sin embargo, con posterioridad su uso se ha generalizado como escala auto aplicada. Esta versión fue adaptada al castellano y validada por Conde y cols (1975).

Se aplica este inventario a la paciente con el objetivo de enmarcar objetivamente los signos y síntomas manifestados por la paciente.

Teniendo en cuenta los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad/severidad son los siguientes:

Tabla 1.

El Inventario de Depresión de Beck

Clasificación	Punto de corte	Puntaje 1ERA aplicación	Puntaje 5ta aplicación	Puntaje 7tima aplicación
No depresión	0-9 puntos		9	7
Depresión Leve	10-18 puntos			
Depresión moderada	19-29 puntos			
Depresión grave	≥ 30 puntos	32		

Fuente:

Dentro de las puntuaciones que obtiene la paciente se destaca los ítems contestados por ella, tales como, me siento triste, ya no tengo satisfacción autentica de las cosas, siento que estoy siendo castigado, estoy decepcionado de mí mismo, me auto sacrifico por mis debilidades o por mis errores, a veces pienso en suicidarme pero no lo cometería, lloro continuamente, me siento irritado continuamente, tomar decisiones me resulta más difícil que antes, creo que se ha producido cambios permanentes en mi aspecto que me hace parecer poco atractivo, me cuesta esfuerzo extra comenzar hacer algo, no Duero tan bien como antes, estoy demasiado cansada para hacer nada, no tengo tan buen apetito como antes, he perdido más de dos kilos y medio, estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de hacer cualquier cosa y he perdido totalmente el interés por el sexo.

Teniendo en cuenta la valoración y los puntajes obtenidos por la paciente durante la primera sesión se evidencia síntomas significativos para suponer una condición depresiva Grave.

5.2. Escala de ansiedad de Hamilton (HAS):

La escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS) fue diseñada en 1.959. Inicialmente, constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos se refundieron en dos, quedando reducida a 13. Posteriormente, en 1.969 dividió el ítem “síntomas somáticos generales” en dos (“somáticos musculares” y “somáticos sensoriales”) quedando en 14. Esta versión² es la más ampliamente utilizada en la actualidad.

El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos.

Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13).

La paciente en los resultados de esta escala obtiene una puntuación total de 21 para ansiedad psíquica y 0 puntos para ansiedad somática; los puntos destacados en los resultados fueron el humor ansioso, caracterizado por inquietud, espera de lo peor, aprehensión e irritabilidad; tensión, caracterizada por imposibilidad para relajarse, llanto fácil, sensación de no ponerse quedar en un solo lugar y sensación de tensión; Insomnio, caracterizado por , dificultada para conciliar el sueño, sueño no satisfactorio con sensación de cansancio al despertar y pesadillas; funciones intelectuales caracterizado por dificultad para concentrarse; así mismo Humor depresivo, caracterizado por variaciones de humor durante el día y falta de interés.

5.3. Cuestionario Esquemas Mal Adaptativos Tempranos EMT

Tabla 2.

Puntuaciones EMT

AUTONOMIA	Media (Desv)	PT	CONEXIÓN	Media (Desv)	PT	VALOR DE SÍ MISMO	Media (Desv)	PT
Dependencia	11,69 (4,45)	13+	Carencias Emocionales	13,93 (7,82)	18+	Aceptación social-indeseabilidad	11,64 (5,44)	17+
Sometimiento	32,56 (11,02)	34	Abandono-perdida	14,9 (5,69)	25+	Incapacidad-defectuosidad	7,17 (3,42)	14+
Vulnerabilidad	29,63 (10,81)	54+	Falta de Confianza	17,72 (7,33)	34+	Incompetencia/fracaso	11,81 (5)	13+
Miedo a Perder el control.	17,03 (6,99)	29+	Aislamiento Social	9,07 (4,64)	9	Culpa/Castigo	14,72 (5,03)	25+
* Puntuaciones por debajo de la media, + Puntuaciones por encima de la media						Vergüenza/Turbación	7,9 (4,11)	17+
						Estándares Inflexibles	35,23 (11,11)	65+
						Límites Insuficientes	20,65 (8,09)	28+

Fuente:

En el dominio de **AUTONOMIA**, se resalta en los resultados de la paciente en las variables de vulnerabilidad al daño con puntaje de significativo de 54, sobre la media para esta variable de 29,63; de igual forma en la variable de Miedo a perder el control obtiene una puntuación de 29, donde la media para ello es de 17,03.

Por otra parte, en el dominio de **CONEXIÓN**, se evidencian resultados significativos en las siguientes variables: Carencias emocionales con una puntuación de 18, por encima de la media que corresponde a 13,93, así mismo, la variable de abandono/perdida con una puntuación de 25, donde su media estándar es de 14,9; y la variable falta de confianza con una puntuación de 34, para una media de 17,72.

Para el dominio de **VALOR EN SÍ MISMO**, la paciente en todas las variables de este dominio obtiene puntuaciones significativas, muy por encima de la media, destacándose las puntuaciones obtenidas en vergüenza/turbación (PD: 17) sobre una media de 7,9 y estándares inflexibles (PD: 65), sobre una media de 35,23, así mismo Culpa/castigo (25) sobre una media de 14,72; la variable de incapacidad/defectuosidad (PD: 14) sobre una media de 7,17; la variable aceptación social (PD:17), sobre una media de 11,64; la variable de impotencia al fracaso (PD: 13), sobre una media de 11,81 y la variable de límites insuficientes (PD: 28) sobre una media de 20,65.

5.4. Análisis Funcional

Tabla 3.

Alteración del estado de ánimo con características depresogénicas:

SITUACIÓN	RESPUESTA	CONSECUENCIA
Cuando sueña con cosas de su situación jurídica.	Cognitiva: “Estoy aburrida de esta situación”, “estoy aburrida de no poder trabajar”; Estoy aburrida de no poder salir”. Afectiva: tristeza, irritable, enojada. Fisiológica: No reporta Conducta: Digo groserías, grito a las personas con las que vivo	Evita trabajar en su caso y no llama a los abogados.
Cuando llega el lunes y no va a trabajar	Cognitiva: “quisiera morir para no tener que saber más de esta situación”, “como voy a cubrir mis gastos y compromisos” Afectiva: frustración, culpa Fisiológica: llanto Conducta: Se queda en su cuarto; ora; lee la biblia.	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4.

Ansiedad y angustia.

SITUACIÓN	RESPUESTA	CONSECUENCIA
Cuando es hora de irse a dormir	Cognitiva: “porque estoy en esta situación”; “porque me ha pasado a mí”, “porque acepte ese cargo, me hubiera quedado en el mío”; “porque	

	firme esas resoluciones”; “porque no me di cuenta de lo que pasaba”. Afectiva: Enojo-malgeniada. Fisiológica: llanto, dolor de cabeza, dolor en las piernas, agotamiento. Conducta: Se desvela; camina por la habitación.	
Cuando escucha noticias de imputación de cargos a persona que la vínculo al proceso.	Cognitiva: Ahora seguro va hablar lo que no es para quedar bien”; nuevamente me va el meridiano a tratar el tema”. Afectiva: temor, fastidio, mal genio, irritabilidad. Fisiológica: Dolor de cabeza, taquicardia Conducta: Se pone a escribirle por chat a una amiga sobre el tema. Camina de un lado a otro.	Busca ocuparse en actividades del hogar.
Cuando el abogado le dijo que tenía la posibilidad de conseguir el permiso para trabajar	Cognitiva: “cómo voy a salir”, “ojalá no salga”, como me va a tratar la gente”. Afectiva: Miedo Fisiológica: No reporta Conducta: No reporta.	Evita hablar del tema y hacer cosas que favorezca el permiso”

Fuente: Elaboración propia.

5.5. Formulación y Conceptualización Clínica

Paciente de 48 años de edad se identifican problemas asociados a la alteración del estado de ánimo con características depresogénicas como problema uno, y respuesta de ansiedad y angustia como problema 2, luego de evaluación y aplicación de instrumentos se establece lo siguiente:

Presencia de trastorno adaptativo con síntomas mixtos (ansiedad-depresión), teniendo en cuenta criterios del DSM-IV se establece que la persona deberá presentar síntomas tales como: 1) malestar mayor de lo esperable en respuesta a una situación estresante; 2) deterioro significativo de la actividad social o laboral. La aparición de los síntomas (emocionales y comportamentales) se dan como respuesta a una situación estresante identificable pero no catastrófica e inusitada, y tienen lugar dentro de los 3 meses siguientes. Es importante hacer notar que una vez ha cesado el estresor (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses; en la paciente se cumple criterios especificados anteriormente, teniendo en cuenta que hay presencia de malestar

significativo luego de tres meses de aparición del evento estresante como es inicio de investigación disciplinaria a la paciente, lo que precede a la agudización de síntomas emocionales tales como ansiedad caracterizada por la preocupación excesiva por no poder resolver de manera rápida su situación y depresión caracterizada por la tristeza, la irritabilidad con actitud hostil hacia familiares y personas que conviven con ella, sentimiento continuado desesperanza respecto a la posibilidad de encontrar una solución al problema o a su propia capacidad para afrontarlo.

Estos síntomas tienen lugar en la paciente hasta seis meses luego de su aparición, donde se evidencia reducción significativa de los síntomas depresogénicos, quedando manifiesta signos de ansiedad, siendo su vez controlados por rasgos de características de personalidad obsesivo compulsivo posibilitando que la paciente retome su autodisciplina frente a la búsqueda de evidencia que ayude en la resolución de la situación, así mismo favorece a que la sintomatología depresogénicas no logre alcanzar la configuración del trastorno depresivo mayor o de ansiedad, por la fluctuación de estos síntomas.

En cuanto a las características obsesivas de personalidad, se evidencia que con el inicio de su formación como bachiller, ingresa con una beca a un colegio privado y es entonces cuando sus niveles de auto exigencias, perfeccionismo y necesidad de control aumentan, sin que ello le genere malestar psicológico en la paciente, todo lo contrario, le permite generar estrategias de compensación con las que logra reconocimiento, la paciente programa en detalle cada actividad que realiza, tanto en contexto laboral, como académico y social, así mismos estas conductas se reflejan en su apariencia y cuidado personal, ya que se fija excesivamente en los detalles y siente una necesidad exagerada de orden, la cual fortalece su falacia de control.

La paciente maneja cogniciones tales como “debo continuar, no puedo dejar todo tirado y en manos de otros”, “debo conocer que está sucediendo”, “debo tener el control de mi proceso”, “si no hago esto yo misma no quedará bien hecho”, “tengo que controlar todo lo que hago”, “nadie mejor que yo para hacerlo” (pensamiento dicotómico – afirmación del debería – falacia de control - perfeccionismo y necesidad de control).

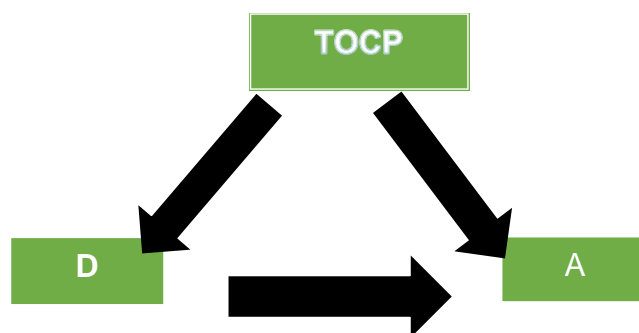
Las respuestas de ansiedad y angustia así mismo se conforma con los resultados que arroja la escala de por Hamilton y lo reportado por la paciente en consulta, en esta se evidencia ansiedad psíquica, caracterizada por preocupación excesiva; espera de lo peor, aprehensión e irritabilidad; tensión, imposibilidad para relajarse, llanto fácil, sensación de no poderse quedar en un solo lugar y sensación de tensión; Insomnio caracterizado por la dificultad para conciliar el sueño, sueño no satisfactorio con sensación de cansancio al despertar y pesadillas en torno a la no resolución de su situación, así mismo afectación de funciones intelectuales tales como, dificultad para concentrarse; pensamientos obsesivos, presencia de humor depresivo, variable durante el día y falta de interés.

Por otra parte a nivel de eje III se evidencia diagnóstico por presencia de migraña crónica en la paciente, la cual es precedida a la respuesta de ansiedad y angustia, por la ocurrencia de un evento estresante que hace referencia a la pérdida de control de la paciente frente a resolución de su situación, es así como frente a situaciones de aplazamiento de audiencias, apertura de nuevos procesos de investigación que la relacionan, cuando escucha noticias relacionadas, no contar con el apoyo oportuno de los asesores externos, la imposibilidad de solventar situaciones de salud de sus padres y sobrinos se evidencia claridad lo descrito.

De igual forma ante la aparición de situaciones de alta tensión para la paciente, se manifiestan pensamientos obsesivos, en las cuales cuestiona o imagina razones de porque estas situaciones de alta tensión aparecen, generando malestar significativo a nivel emocional ya que no encuentra soluciones a las mismas, llevándola a manifestaciones depresogénicas tales como tristeza y desesperanza frente a la resolución temprana de su situación.

De esta manera se consolida triada entre TOCP, ansiedad y depresión, tal como se observa en su análisis molar, el cual es de tipo triangular teniendo en cuenta que predominan características del trastorno obsesivo compulsivo, por lo que ante la pérdida de control de la situación de investigación disciplinarios, emite respuestas de ansiedad y angustia, las cuales priman antes situaciones que se salen de su control, cayendo en un estado depresivo y cuando los síntomas depresogénicos disminuyen, afloran nuevamente características del TOC, que la ayudan a ponerse en marcha (prepara declaraciones, solicita informes y reportes a entidades que le permitan soportar sus declaraciones, mantiene documentos de su proceso organizados para no perder detalles),

generando una idea de control, lo que apoya esquema de miedo a perder el control, el cual se evidencia en cogniciones tales como “no me gusta estar dependiendo de los demás”, “debo tener todo en organizado para que no se pierda ningún detalle”. Tiene como dominio esquemático estándares inflexibles, los cuales se caracterizan por dominancia, prevención y control excesivo de su vida, impidiéndole ser espontanea en sus relaciones, preocupación excesiva por la organización y el control excesivo; reforzando a su vez características del TOCP.



Gráfica 1: Análisis Molar

Fuente: Elaboración propia.

La paciente presenta como **Creencia Central** “yo soy incompetente”, precedida de **Creencia Intermedia** “No debo depender de nadie, si lo hago seré vulnerable” “tengo que cuidar todos los detalles, sino lo hago todo saldrá mal”, “debo vigilar que todo se haga perfecto, no me puedo permitir equivocarme” debo continuar, no puedo dejar todo tirado y en manos de otros”, “debo conocer que está sucediendo”, “debo tener el control de mi proceso”, “si no hago esto yo misma no quedará bien hecho”, “tengo que controlar todo lo que hago”, “nadie mejor que yo para hacerlo”; sus **Presunciones/Creencias/Reglas Condicionales** se muestran de así: **Positiva**: “Si soy autosuficiente no le deberé favores a nadie, no dependeré de nadie” y **Negativa**: Si la gente ve mis errores soy vulnerable y me atacaran”, “si la gente no comprende lo que me pasó, mi imagen estará totalmente arruinada”, su comportamiento obsesivo se ve reforzado por **estrategias compensatorias** de Auto exigencia constante; buscar mantener siempre el control de las situaciones y la planificación excesiva de las actividades que desarrolla que eviten resultados negativos en la realización de la misma.

Datos Relevantes de la Infancia Economía familiar limitada - Ser la mayor de cuatro hermanos - Búsqueda de reconocimiento por su desempeño a nivel de formación académica		
Creencias Centrales “Yo soy incompetente”		
Presunciones/Creencias/Reglas y condiciones Positiva: Si soy autosuficiente no le deberé favores a nadie, no dependeré de nadie. Negativa: Si la gente ve mis errores soy vulnerable y me atacaran”, “si la gente no comprende lo que me pasó, mi imagen estará totalmente arruinada”.		
Estrategias compensatorias: - Auto exigencia constante - Evita pedir ayuda - Trabajo como prioridad - Buscar mantener siempre el control de las situaciones. Estrategias Mantenimiento: Búsqueda de reconocimiento continuo tanto en el trabajo como en el deporte - Planificación excesiva de las actividades que desarrolla que eviten resultados negativos en la realización de la misma - Asume responsabilidades de su grupo familiar.		
Situación 1: Cuando llega el lunes y no va a trabajar	Situación 2: Sueña con cosas de su situación	Situación 3: Cuando es hora de irse a dormir

Pensamiento Automático “quisiera morir para no tener que saber más de esta situación” “como voy a cubrir mis gastos y compromisos”	Pensamiento Automático “estoy aburrida de no poder trabajar”; Estoy aburrida de no poder salir”.	Pensamiento Automático “porque acepte ese cargo”; “porque no me di cuenta de lo que pasaba”.
Significado del P.A Soy Incapaz	Significado del P.A Soy Incapaz	Significado del P.A Soy Incapaz
Emoción frustración, culpa	Emoción triste, irritable, enojada.	Emoción Enojo-malgenio
Comportamiento Se queda en su cuarto; ora; lee la biblia.	Comportamiento Digo groserías, paso la mayor parte del día	Comportamiento Se desvela; camina por la habitación



acostada, grito a las
personas con las que vivo.

Gráfica 2: Diagrama De Conceptualización Cognitiva

Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a la construcción del esquema, cabe recordar que este es considerado una estructura cognitiva en la cual se representa información referente a una particular categoría de personas, objetos y eventos (Taylor y Crocker, 1981, citado por Riso, W. 19992), se desarrolla durante la vida del sujeto y su estructura interna es fortalecida cuando información similar es repetidamente procesada y organizada internamente en el mismo esquema (Markus, 1977, citado por Riso, W. 1992). Retomado por Young (1995) quién señala que los esquemas son estructuras estables y duraderas que se elaboran durante la infancia y se desarrollan a través de toda la vida del individuo y son a su vez responsables de la conducta manifiesta, cuando estos esquemas son disfuncionales en grado significativo son denominados Esquemas Maladaptativos Tempranos, concepto que entra a jugar un papel importante en la evaluación e intervención de los trastornos de personalidad, motivo por el cual analizaremos la construcción de esquemas en el caso, partiendo inicialmente de su historia y posteriormente contrastando los resultados con la prueba EMT de Young.

Young ha postulado que en el TLP los esquemas alterados son variados entre los que están Abandono/perdida, dependencia, sometimiento, desconfianza, miedo a perder el control, culpa y castigo, entre otros. Adicionalmente, Caballo, V. propone algunos otros, infravaloración, inestabilidad emocional, autocontrol insuficiente y vulnerabilidad al dolor. La evaluación de la paciente mediante la entrevista clínica y pruebas aplicadas (EMT), permite identificar como se han estructurado y cómo funcionan estos esquemas en ella, es decir cómo son sus Procesos Esquemáticos. Estos permiten saber cómo los esquemas son mantenidos, como son evitados y como los pacientes algunas veces adaptan los esquemas por compensación (Young. 1995).

En la paciente se evidencia un dominio **esquemático de hipervigilancia** e inhibición, teniendo como esquema mal adaptativo primario *Estándares inflexibles*, ya que a lo largo de su historia personal no se ha permitido cometer errores, así mismo tiene como prioridad siempre destacarse y ser reconocida, la paciente maneja premisa como “debo hacer todo perfecto”, “no me

puedo conformar con menos, siempre puedo dar más”, reflejándose esta en su comportamiento laboral, ya que la paciente a parte de dedicarse a su trabajo principal, siempre se encontraba en busca de otras actividades que le permitieran demostrar sus habilidades en diferentes áreas sean o no de su profesión, así mismo en el deporte, así mismo antepone sus necesidades personales frente al logro de objetivos porque “yo tengo que cumplir con todas mis responsabilidades”, “no puedo quedar mal”; lo que lleva a la sobre compensación; de búsqueda de reconocimiento, excesivo orden y planeación, así mismo auto exigencias constantes y la necesidad de control frente a las situaciones, reflejando así un parámetro temperamental obsesivo, el cual influye en el estilo de afrontamiento ante sus esquemas que en la paciente se manifiesta a nivel Cognitivo como “debo ser autosuficiente”, “debo ser independiente”; y a nivel comportamental siempre está en la búsqueda de actividades que la estimulen y refuercen el esquema, es así como en su tiempo libre se dedica a organizar eventos deportivos de carácter municipal y participar de los mismos, de igual forma siempre se ve apoyando en actividades diferentes de lo que era su cargo e incluso su profesión, las cuales reflejan su pensamiento dicotómico – afirmación del debería – falacia de control - perfeccionismo y necesidad de control.

De igual forma en la paciente se evidencian otros esquemas mal adaptativos tempranos que apoyan su esquema central como es Culpa/castigo; vergüenza/turbación y falta de confianza, lo cuales se expresan de la siguiente manera:

Tabla 5.

Predominancia de esquemas

ESQUEMA	PENSAMIENTOS
Culpa/castigo	“me siento culpable de los errores que he cometido”,
vergüenza/turbación	“yo me avergüenzo de mis fracasos”, “no puedo mostrar mis fallas ante los demás”.
falta de confianza	“Me cuesta mucho confiar en la gente”; “soy muy suspicaz”

Fuente: Elaboración propia.

5.6. Diagnostico Multiaxial

EJE I: Trastorno depresivo mayor F32.1, Episodio único 296.2x.

Trastorno adaptativo con síntomas mixtos.

EJE II: Características de trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad.

EJE III: Migraña crónica.

EJE IV: Problemas laborales.

EJE V: Evaluación de la actividad global 70.

5.7. Diagnóstico Diferencial

La paciente inicia con la manifestación de sintomatología asociada al trastorno adaptativo con síntomas mixto, luego de que fuera informada de proceso de investigación disciplinaria relacionada con funciones de su cargo, causando pérdida de funciones del cargo, por ende su empleo, seguido de la pérdida de capacidad adquisitiva impide dar continuidad a sus compromisos económicos adquirido con su familia (padres-sobrinos) el cual termina con la pérdida de la libertad por medida de detención domiciliaria.

Estos eventos desencadenan en la paciente respuesta de ansiedad y angustia caracterizada por la preocupación excesiva por dar solución a su problema, situación que no controla y desencadena episodio depresivo mayor, así mismo la sensación o miedo de pérdida de control se agudiza manifestándose a través episodios de migraña crónica, limitando su funcionamiento durante la semana que la presenta, esta se alternan con los síntomas de alteración del estado de ánimo de tipo depresivo mayor episodio único.

A continuación se presenta diagnóstico diferencia que se da entre el diagnóstico del trastorno adaptativo con síntomas mixtos y el trastorno depresivo mayor EDM: El estado de ánimo deprimido de un EDM es más persistente y no se asocia a pensamientos o preocupaciones específicos, el contenido de los pensamientos está orientado hacia la autocrítica o la rumiación pesimista.

Así mismo en un EDM son frecuentes los sentimientos de no valer para nada y de desprecio por uno mismo, estos pensamientos se centran en poner fin a la propia vida debido al sentimiento de inutilidad, de no ser digno de vivir o de ser incapaz de hacer frente al dolor de la depresión; por su parte en el trastorno de adaptativo con síntomas mixtos hay presencia tanto de síntomas

depresogénicos como ansioso, los cuales se explican por el desarrollo de síntomas emocionales o conductuales en respuesta a un estresor(es) ocurridos en los 3 meses posteriores al comienzo del estresor; generando malestar intenso desproporcionado a la gravedad o intensidad del factor de estrés, teniendo en cuenta el contexto externo y los factores culturales que podrían influir en la gravedad y la presentación de los síntomas así mismo, deterioro significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Para el trastorno de adaptativo se destacan los síntomas de ansiedad y depresión, pero con niveles de gravedad no superiores a los especificados para el trastorno mixto de ansiedad-depresión u otro trastorno de ansiedad mixto, así como para criterios del trastorno depresivo mayor.

No se descartan la presencia de sintomatología depresogénicas en la paciente que se asocia al trastorno depresivo mayor – episodio único, ya que cumple con los criterios diagnósticos, sin embargo se resalta que el episodio depresivo mayor ocurre por la respuesta a un factor estresante psicosocial como es estar vinculada a una investigación disciplinaria que pasó a instancias judiciales y tuvo como efecto medida de aseguramiento.

5.8. Factores de Desarrollo

5.8.1. Factores de Predisposición

5.8.1.1.Biológicos: A nivel de antecedentes no se cuenta con reportes que sustenten la presencia de depresión.

5.8.1.2.Social: Restricción socioeconómica

5.8.1.3.Psicológico: Metas de superación como significado frente a las restricciones socioeconómicas de su grupo familiar. Auto exigencia académica durante su periodo escolar.

5.8.1.4.Familiar: Crianza favoreció la exigencia de proteger y de cuidar a su familia.

5.9. Factores Adquisitivos

Control aversivo: evento de investigación disciplinaria y necesidad de su retiro laboral, desencadenando pérdida de reforzadores positivo empleo desarrollo económico reconocimiento social, relaciones de amistad.

5.10. Factores Desencadenantes

5.10.1. Distales: En esta paciente no se pueden identificar distales ya que la presencia del diagnóstico no está relacionado con una pérdida dentro de su historia de vida pasada.

5.10.2. Proximales: pérdida de status a nivel laboral, económico y social, seguido por la pérdida de libertad y restricciones para el desempeño de una actividad productiva que limita su necesidad de control frente a su vida y contexto.

Ambiente físico restringido, recursos económicos limitados frente a sus necesidades.

5.11. Factores y estrategias de mantenimiento

- Juicio.
- Sanciones.
- Conceptos jurídicos en contra de ella.
- Pérdida de la libertad.
- Dificultades económicas para cubrir las necesidades de sus sobrinos.

Las estrategias de mantenimiento que destaca la paciente es la **Sobrecompensación** caracterizada por la asunción de roles y tareas que no le corresponden, tales como realizar labores específicas de sus asesores jurídicos, así como el estilo de vida de autosuficiencia.

6. Plan de Intervención

Los trastornos adaptativos (TA) aparecen como reacción inadecuada a uno o varios factores estresantes de tipo psicosocial, pero los síntomas no necesariamente aparecen de inmediato. Pueden transcurrir hasta tres meses entre el factor estresante y la aparición de los síntomas. Puede aparecer a cualquier edad y la sintomatología varía considerablemente, los síntomas depresivos, de ansiedad y mixtos son más frecuentes en adultos, siendo los síntomas físicos más comunes en niños y ancianos. El estresante puede ser un acontecimiento simple o deberse a factores múltiples. Los estresantes son a veces recurrentes (por ejemplo determinadas épocas del año asociadas a mayor estrés) o continuos (por ejemplo enfermedad crónica) o a determinadas circunstancias vitales adversas.

Para que una reacción pueda considerarse desadaptativo y por tanto un trastorno que necesite de intervención psicoterapéutica, la intensidad del malestar y duración deben ser superiores a lo esperable ante el estresante causal; y provocan un deterioro significativo de la actividad psicosocial y laboral.

El TA es un diagnóstico fronterizo con la normalidad (procesos de adaptación constante a los cambios de la vida personal) y con otras patologías (ansiedad, depresión y otros), por lo que se deberá realizar una valoración precisa de la situación de cada caso para realizar un buen diagnóstico diferencial y un abordaje correcto.

Para el trastorno adaptativo mixto TA, no existen actualmente tratamientos protocolizados basados en la evidencia para estos trastornos. Para la intervención del caso se tendrá un enfoque cognitivo conductual y los objetivos terapéuticos se orientan en cuenta diagnóstico diferencial,

análisis y evaluación clínica de los síntomas manifestados por la paciente y lo reportado en escalas e instrumentos aplicados, estableciendo los siguientes objetivos terapéuticos:

6.1. Objetivos

1. Reducir síntomas depresogénicos y evitar la configuración del trastorno del estado de ánimo con episodio depresivo mayor.
2. Disminuir los síntomas de ansiedad, favorecer conductas de auto regulación evitando la configuración de un trastorno de ansiedad.
3. Intervenir sobre las características de vulnerabilidad del trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad, el cual permita favorecer su conducta de auto control, regulada en la búsqueda de solución de problemas a su situación disciplinaria y reducir las manifestaciones que puedan constituirse en frecuencia, intensidad del diagnóstico formalmente establecido.

7. Técnicas y Números de Sesiones Requeridas

A continuación, se describirá las técnicas a utilizar con la paciente, teniendo en cuenta los objetivos terapéuticos.

7.1. Resolución del Trastorno Adaptativo:

7.1.1. Entrenamiento en técnicas del manejo de la conducta de ansiedad:

Para el abordaje de esta. Se ofrecen diversas estrategias para reducir los síntomas, como el entrenamiento autógeno la cual Se trata de una serie de 6 ejercicios graduados de concentración pasiva en sensaciones propioceptivas, a través de una serie de fórmulas estándar de tipo verbal sobre zonas topográficamente diferentes (fórmulas de peso, calor, corazón, respiración, plexo solar y frescor en la frente). El entrenamiento autógeno, desde un punto de vista psicofisiológico, tal como señalan Luthe y Blumberger (1977), está basado en la repetición mental de las fórmulas, la concentración pasiva y la reducción de estimulación aferente, este último aspecto adquirido de forma progresiva.

7.1.2. Técnica de detección del pensamiento:

En la cual la paciente reservara un espacio de tiempo limitado durante el día para para preocuparse y en un cuaderno escribirá todas las preocupaciones que s ele presenten; así mismo identificara una palabra clave para cuando aparezca esas preocupaciones pueda detenerlas y aplazarlas para el espacio definido y redirige su pensamiento a otra situación. Lo escrito será abordado en sesión.

Primero se hará con el paciente psicoeducación de las técnicas planteadas, para facilitar la comprensión y apropiación de las técnicas.

7.2. Depresivo

Para el control de la sintomatología depresogénicas se utilizarán las siguientes técnicas:

Actividades de dominio y agrado: La paciente y terapeuta identifican actividades, las cuales se dejarán como tareas, y luego de ello la paciente valora el dominio de las actividades programadas, así como el placer logrado con su realización.

Con la aplicación de esta técnica se busca así mismo que la paciente logre resignificar las actividades teniendo en cuenta sus posibilidades.

Autoregistros: Estos serán revisados en cada sesión.

Técnica de la triple columna: con base en los Autoregistros se propiciará la búsqueda de pensamientos alternativos al pensamiento disfuncional y poco adaptativo.

Reorganización de la agenda: teniendo en cuenta que la paciente solo tenía tiempo para el trabajo y ahora dispone de mucho tiempo libre por la pérdida del mismo, realizara una agenda con las actividades que puede realizar dentro de su espacio y que dependa solo de ella.

7.3. Características del Trastorno Obsesivo de la Personalidad

Teniendo en cuenta el objetivo terapéutico número tres (3), se trabajará en el sostenimiento de características del trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad (TOCP) sin que llegue a configurarse como el trastorno.

Actividades de reforzamiento diferencial de otras conductas (RDO): “organizar su mundo.

Hacer otras conductas enfocadas en habilidades manuales identificadas por la paciente.

Trabajar en el equilibrio de la ausencia de los síntomas evitando la cronicidad para evitar que se instaure un trastorno depresivo ansioso.

Estas técnicas serán utilizadas de manera transversal al tratamiento, teniendo en cuenta quejas principales de la paciente, así mismo tendrá una frecuencia de una sesión semanal, para un total de doce sesiones y tres sesiones de seguimiento.

7.4. Descripción de Sesiones

7.4.1. Primera Sesión

En esta primera sesión los objetivos estuvieron enmarcados en:

1. Crear confianza y rapport
2. Exploración del motivo de consulta.
3. Indagar expectativas frente a la terapia
4. Iniciar al paciente en la terapia cognitiva
5. Establecer encuadre.

Se da inicio a la sesión indagando datos generales de la paciente, como los son su nombre, edad, identificación, contacto, entre otros; seguido se indaga información acerca de la motivación para acudir a terapia y quejas principales de la paciente, se resalta en esta parte la necesidad de la paciente a presentar detalles de su situación actual antes de manifestar síntomas y/o quejas principales.

Luego que la paciente manifiesta con claridad el motivo de consulta se indaga en detalle síntomas presentados y se hace control de estado de ánimo y se evalúa riesgo de ideación de suicidio.

Se realizó la organización y revisión de los problemas expuestos por la paciente, pudiendo ver así su estado emocional y/o psicossomático se realiza subjetiva de 0 a 100 en su intensidad,

tiempo y estado en la que aparece la problemática, su aspecto contextual y relacional, permitiendo la elaboración del plan de trabajo terapéutico.

Se instruye a la paciente en el modelo de intervención a través de la terapia cognitiva conductual, ejemplificando triada cognitiva, así mismo alcances de la terapia y modelo de trabajo. Paciente a su vez expresa expectativas frente a la terapia y se muestra receptiva y propositiva frente a la misma.

Se procede al encuadre, donde se fijaron sesiones semanales y se resalta que el compromiso tanto de la paciente como del terapeuta es importante. Los compromisos y responsabilidades que son compartidas dentro del proceso, resaltando un estado activo de parte de la paciente, ya que luego de las sesiones es posible dejar actividades que deberán ser realizadas por la paciente y revisadas en cada sesión.

Se le realiza en forma general algunas posibles aproximaciones de sus problemas sin hacerle una confirmación o rotulación a un diagnóstico directo, teniendo en cuenta que la paciente a lo largo de la sesión se mostró con signos de ansiedad.

Se finalizó dando espacio a la paciente de realizar un resumen de los acuerdos realizados dentro de la sesión como lo es las actividades a realizar de forma personal, adjetivos, alcances, entre otros, conocimiento de cómo se llevará las sesiones dentro del sistema TCC, retroalimentación de lo tratado y los compromisos y condiciones estipuladas.

Cabe resaltar que las sesiones serán realizadas en la casa de la paciente, teniendo en cuenta medida de detención domiciliaria.

7.4.2. Segunda Sesión

Se da inicio a la sesión realizando control de estado de ánimo, a través de la aplicación de instrumentos tales como escala de depresión de Beck y escala de ansiedad de Hamilton, con lo que

se busca informar de manera detallada a la paciente acerca de las manifestaciones sintomáticas que está teniendo.

Se da continuidad a entrevista indagando factores asociados a los diferentes ejes contextuales de la paciente, tales como familia, personal, laboral, profesional y social, que permitan ahondar más en las características de la manifestaciones sintomáticas que la paciente presenta y reporta.

Se da continuidad a psi coeducación en el modelo cognitivo – así mismo se da instrucción de que son los pensamiento automáticos y como identificarlos, así mismo se instruye en el diligenciamiento de registros de pensamientos, a través de situaciones vividas por la paciente en la última semana. Permitiendo identificar, emociones y respuestas comportamental y fisiológica de la paciente frente a ellas.

Se realiza retroalimentación y se establecen compromisos para la siguiente sesión, tales como llevar registros de pensamientos, así mismo se plantean conjuntamente objetivos de intervención para la próxima sesión.

7.4.3. Tercera Sesión:

En esta sesión se revisan los objetivos planteados en la sesión pasada, así mismo compromisos, es así como se procede a revisar el diligenciamiento de registros y se realiza devolución de resultados de las escalas aplicadas a la paciente.

Se realiza control del estado de ánimo, la paciente evidencia signos de ansiedad por lo que se procede a realizar técnica de relajación, en este caso respiratoria con el fin de tomar la sintomatología en relación a la ansiedad, se le dan instrucciones y explicaciones de cómo realizarlo a solas en horas específicas, todo esto bajo el monitoreo del terapeuta.

Se procede a revisión de auto registro que la paciente realiza para identificar acontecimientos o momentos que generen estrés, demás sobre pensamientos disfuncionales

automáticos, también se realiza registro de distorsiones cognitivas dentro de los contenidos información dados a partir de los pensamientos. En este ejercicio se hace énfasis directamente en los eventos de malestar o preocupación persistente, incluyendo pensamientos intrusivos perturbadores.

Así mismo durante la consulta se identifican pensamientos automáticos emergentes, presentes en el discurso de la paciente y la cadena de distorsiones cognitivas que se manifestaban de los mismos.

Se refuerza la instrucción a la paciente en la identificación de pensamiento automáticos con mayor destreza para que sean sujeto de evaluaciones más racionales y objetivas.

A continuación se muestra apartes de una entrevista en sesión:

TERAPEUTA: ¿Qué te parece si revisamos el auto registro que quedo como compromiso en la sesión pasada?

PACIENTE: ¡Esta bien! Aunque no sé si así este bien, solo alcance a colocar una porque tuve mucho dolor de cabeza y cuando estoy así no puedo hacer nada más.

T: ok, miremos que situaciones durante esta semana identificaste que te generaron malestar.

P: Bueno, la verdad es que pase mal esta semana, estuve soñando con mi situación judicial y me no podía conciliar el sueño hasta la madrugada, entonces me la paso pensando en que no puedo trabajar, no puedo salir y me siento aburrida durante el día, triste, me molesto por todo, tanto que me desquito con los que me acompañan, paso angustiada.

T: ¿Recuerdas algún otro detalle?

P: Cuando estoy así no duermo sino hasta las tres o cuatro de la mañana y me levanto tarde ya pero como le dije de mal genio, irritable, entonces prefiero pasarme el día encerrada, porque cuando esto estoy así digo muchas groserías y no soy así.

T: ¿Has logrado identificar otros momentos en los que te sientes así?

P: Si. Cuando llegan los lunes.

T: ¿Que sucede lo lunes?

P: Que pienso todo el tiempo en que me quiero morir, para no saber de más de esta situación, que llegue el lunes y no vaya a trabajar. Y luego paso toda la noche pensando y reprochándome todo, porque acepte el cargo, me hubiera quedado en mi cargo, como me todo pasar a mi todo esto, como se me pudo pasar un situación así. Al día siguiente paso con dolor de cabeza, porque sufro de migraña y no dormir bien me pone peor.

T: ¿Algunas vez haz consultado a un médico por esto?

P: Sí. Hace muchos años estuve en tratamiento, pero cuando me sentí mejor lo suspendí, pero ya hable con el neurólogo para que viniera a verme porque la verdad me he sentido muy mal.

7.4.4. Cuarta Sesión

Para esta sesión se continúa con la revisión de actividades dadas en la sesión anterior, tal como auto registros, con los cuales se evalúa el progreso frente a la identificación y evaluación objetiva de los mismos, permitiendo espacios a la evolución y retroalimentando el cumplimiento de objetivos, compromisos adquiridos y metas.

Se realiza control del estado de ánimo y la paciente hace una ponderación subjetiva acerca de su estado de ánimo. Así mismo, se retoma retroalimentación de sesión anterior y se procede a plantear objetivo de la sesión.

La paciente manifiesta querer hablar de algo que le está sucediendo, por lo que este punto se incluye dentro de la sesión dándole prioridad.

Apartes de la entrevista:

TERAPEUTA: ¿Cuéntame que me quieres decir?

PACIENTE: En que me he sentido preocupada, mi abogado me está hablando de la posibilidad de pedir un permiso de trabajo, pero yo no estoy tan segura, digo si quiero y lo necesito ya que tengo gastos y desde que estoy sin trabajar no he podido ayudar a mis papás y sobrinos, que antes era yo quien se hacía cargo de ellos y ahora no he podido y sé que me necesitan, a parte que no me gusta depender de nadie y que ellos sean quienes me estén ayudando me hace sentir mal, yo

siempre he sido auto suficiente y nunca me ha gustado pedirle favores a nadie, pero con esta situación no sé. He estado evitando el tema, no le he dicho esto a nadie, pero a veces quisiera que no se dieran las cosas.

T: ¿Qué es lo que más te preocupa de la propuesta de tu abogado?

P: lo que me preocupa, bueno son varias cosas, la primera es que no me lo den y me haga ilusiones con eso, la segunda es que aja ¿y si me lo dan qué? ¿Cómo voy hacer para salir?, la verdad es que no me atrevo a salir, la gente como me mirara, que me dirá, que tal que me griten cosas, no sé cómo vaya yo a reaccionar, no soportaría ser señalada por esto, y más porque la gente no entiende y juzga sin saber.

T: ¿Te preocuparía algo más?

P: Si. Y es el hecho de mis otros compañeros están en cárcel, a mí fue la única que le dieron el beneficio de casa por cárcel y ahora solicitar este permiso para trabajar no sé, me hace pensar cómo se sentirán ellos, yo sé que ellos tampoco se merecen estar pasando por esto.

T: Háblame un poco más de opción que tiene de solicitar el permiso laboral.

P: Bueno yo tengo un amigo en una empresa privada que me llamo y me dijo que quería que trabajara con él, que él me conocía y que aunque no me pudiera pagar lo que yo estaba acostumbrada me ofrecía un empleo, es más me mandó contrato y todo solo es que me dieran el permiso.

T: ¿Cómo te sientes con esta propuesta?

P: Bien, porque empiezo a creer que aunque hay mucha gente que me señala hay otras personas que me conocen y saben de mi trabajo y eso me hace sentir bien y que he hecho las cosas bien.....
(Silencio)

T: Bien. Reconoces que aún cuentas con amigos y que o te han abandonado.

P: Si. Aunque esperaba mucho más de otras personas, ahora sé con quién puedo contar y eso me anima.

T: ¿Bueno teniendo en cuenta esta opción cual sería tu preocupación mayor?

P: ¡Que me señalen! Mi imagen está dañada con todo esto, yo tenía una excelente trayectoria como profesional y era una figura pública, yo hice todo para hacer bien mi trabajo y todo lo que logre se borró, se dañó. No sé cómo comenzar de cero (llanto).

T: ¿Que sería lo peor de comenzar de nuevo?

P: No sé. No volver a ser la misma

T: Cuando dices... No volver a ser la misma ¿a qué te refieres?

P: A no ser como soy en el trabajo, a no ser tan exigente conmigo misma como lo he hecho y a que no pueda tener lo que ya había alcanzado, mi trabajo que me gane. Po eso le digo que no sé si pueda salir de aquí, no sé cómo enfrentarme a eso.

Teniendo en cuenta esto se aplica técnica de relajación a través de ejercicio de respiración.

Luego de ello se le pide a la paciente que visualice una situación a la cual considera podría enfrentarse si llegara a salir y que escriba, la cual será revisada en la próxima sesión.

7.4.5. Quinta Sesión

Para esta sesión se indaga con la paciente sobre su estado de ánimo con relación a lo expuesto en la última charla, además se realiza revisión de actividad dejada.

Se revisa la actividad por la paciente y se indaga acerca de las emociones frente a la situación planteada, la paciente tiene la oportunidad de evaluar sus pensamientos frente a la posibilidad de salir, reconoce que habrá situaciones negativas, así mismo identifica que también habrá situaciones favorables para ella. Así mismo la actividad le permitió identificar pensamientos disfuncionales y evaluar su veracidad.

Se realiza aplicación cuestionario de Esquemas Maladaptativos Tempranos -EMT- de Jeffrey Young y escala de Depresión de Beck -IDB- (Beck Depression Inventory, BDI).

Una vez termina la paciente con las pruebas, se realiza una retroalimentación de las actividades que debe realizar y la continuación de su auto-registro personal, agregando otras a nivel práctico como lo son: ejercicios programados y actividades de ocupación del tiempo.

8. Marco Conceptual de Referencia

8.1. Trastorno Adaptativo

El trastorno adaptativo se define en la DSM IV-TR (2002), como la presencia de un trastorno, fundamentalmente del estado de ánimo, que se manifiesta en síntomas emocionales o del comportamiento y se produce en respuesta a un estresante psicosocial reconocible.

Para la CIE 10 el trastorno adaptativo es un estado de malestar subjetivo acompañado por alteraciones emocionales que suelen interferir con la actividad social y que aparecen en el período de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante.

8.1.1. Diagnostico

Para el diagnóstico del trastorno adaptativo se tienen en cuenta manuales diagnósticos tales como DSM IV-TR (2002) y CIE 10, lo cuales se presentan a continuación:

8.1.2. Características Diagnósticos para el Trastorno Adaptativo DSM IV_TR

De acuerdo al manual de diagnóstico DSM IV-TR (2002) se debe cumplir los siguientes criterios: **A.** La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tienen lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante. **B.** Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente, del siguiente modo: 1. Malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante 2. Deterioro significativo de la actividad social, laboral, o académica. **C.** La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno Específico del Eje I y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente del Eje I o del II. **D.** Los síntomas no responden a una reacción de duelo. **E.** Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses.

Así mismo se debe especificar si es • Agudo: si la alteración dura menos de 6 meses. • Crónico: si la alteración dura 6 meses o más. Los trastornos adaptativos son codificados según el

subtipo, que se selecciona de acuerdo con los síntomas predominantes. El estresante específico puede señalarse en el Eje IV. • Con estado de ánimo depresivo. • Con ansiedad. • Mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo. • Con trastorno de comportamiento o Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento No especificado

8.1.3. Características Diagnósticos para el Trastorno Adaptativo CIE 10

A. Haber sido expuesto a un estrés psicosocial identificable, el cual no es de gravedad extraordinaria ni de tipo catastrófico, no más de un mes antes del comienzo de los síntomas.

B. Síntomas o trastornos del comportamiento del tipo de los descritos en cualquiera de los trastornos del humor (excepto ideas delirantes y alucinaciones), de los trastornos (trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos) y de los trastornos disociales siempre que no se satisfagan los criterios para un trastorno en particular.

La característica predominante de los síntomas debe especificarse mediante un quinto dígito:

- Reacción depresiva breve: Estado depresivo leve y transitorio de duración no superior a un mes.

- Reacción depresiva prolongada: Estado depresivo leve que aparece como respuesta a una exposición prolongada a una situación estresante, pero cuya duración no excede los dos años.
- Reacción mixta de ansiedad y depresión: Destacan los síntomas de ansiedad y depresión, pero con niveles de gravedad no superiores a los especificados para el trastorno mixto de ansiedad-depresión u otro trastorno de ansiedad mixto.
- Con predominio de alteración de otras emociones: los síntomas corresponden a varios tipos de emociones, tales como ansiedad, depresión, preocupación, tensión e ira. Los síntomas de ansiedad y depresión pueden satisfacer los criterios para el trastorno mixto de ansiedad y depresión pero no son tan predominantes como para que pueda hacerse un diagnóstico de trastorno depresivo o de ansiedad más específico.
- Con predominio de alteraciones disociales: El trastorno más sobresaliente afecta al comportamiento disocial.
- Con alteraciones de

las emociones y disóciales mixtas: las características más destacadas son los síntomas emocionales y los trastornos disóciales del comportamiento. • Con otros síntomas predominantes especificados y C. Los síntomas no persisten más de seis meses tras la finalización del estrés o sus consecuencias, a excepción de reacción depresiva prolongada (este criterio no debe impedir el diagnóstico provisional en espera de que el criterio temporal llegue a satisfacerse).

Es así como Los diagnósticos según el DSM IV-TR (2002) para trastornos adaptativos varían según la exposición del individuo a un evento estresante en específico. Con esto se puede explicar que los síntomas comportamentales y emocionales dependen de un evento estresante psicosocial ya identificado.

Por otro lado, de acuerdo con la clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10, OMS 1992) los TA son definidos como estados de malestar subjetivo acompañado de alteraciones emocionales que, por lo general interfieren con la actividad social y que aparecen en el período de adaptación a un cambio biográfico o a un acontecimiento vital estresante. Son dos definiciones que en su contexto y origen son completamente diferentes, pero ambas tienen un factor común denominador: afectan el buen desenvolvimiento social del sujeto afectado por el factor estresante.

A partir de esta contextualización operacional de los dos grandes manuales de clasificación de las enfermedades (DSM y CIE), existen otras definiciones propuestas por diversos autores que se aproximan al conocimiento operacional de tipo psicológico del TA. Por ejemplo, la Entidad Colombiana de Salud (2009) define el TA como un tipo de trastorno de ajuste acompañado de malestar emocional y comportamental, con un alto significado clínico en respuesta al estrés psicosocial identificable en un período después de tres meses de la aparición del evento estresor.

Botella, Baños y Guillen (citado por Andreu, 2011), explica que si una persona se enfrenta a una situación estresante, interpreta dicha situación como altamente amenazante, y además de esto tiene la percepción de que no cuenta con los suficientes recursos para asimilarla y enfrentarla, creará una evaluación negativa cargada de sentimientos y pensamientos de carácter amenazantes y negativos. Esto a su vez genera alteraciones emocionales, de ansiedad, depresión y miedo, asociadas con alteraciones en el comportamiento. Es por esto que este modelo se centra en la

importancia que tiene la evaluación negativa (tanto del acontecimiento como de las capacidades propias de afrontamiento de la situación), en la generación de un trastorno adaptativo.

8.2. Trastorno Depresivo Mayor

El trastorno depresivo mayor hace parte de los trastornos del estado de ánimo de manual de diagnóstico DSMIV-TR (2002), estos trastornos del estado de ánimo están divididos en trastornos depresivos, trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.

Entre los trastornos depresivos encontramos el trastorno depresivo mayor, el cual se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (p. ej., al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión) DSMIV-TR (2002).

8.2.1. Características Diagnosticas del Trastorno Depresivo Mayor

De acuerdo a manual de diagnóstico DSM IV-TR, tiene en cuenta que la característica esencial de un trastorno depresivo mayor es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores (v. pág. 326) sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos (Criterios A y C).

Para realizar el diagnóstico de un trastorno depresivo mayor no se tienen en cuenta los episodios de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias (debidos a los efectos fisiológicos directos de una droga, un medicamento o la exposición a un tóxico) ni los trastornos del estado de ánimo debidos a enfermedad médica.

Además, los episodios no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado (Criterio B).

El tercer dígito en el código diagnóstico del trastorno depresivo mayor indica si se trata de un episodio único (utilizado sólo para los primeros episodios) o si es recidivante. Algunas veces es difícil distinguir un episodio único con síntomas fluctuantes de dos episodios independientes.

Por lo que respecta al manual de diagnóstico DSM IV, se considera que ha terminado un episodio cuando no se han cumplido los criterios completos para un episodio depresivo mayor al menos durante 2 meses seguidos. Durante este período de 2 meses hay una resolución completa de los síntomas o presencia de síntomas depresivos que ya han dejado de cumplir los criterios completos para un episodio depresivo mayor (en remisión parcial).

El cuarto dígito en el código diagnóstico del trastorno depresivo mayor indica el estado actual de la alteración. Si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor, se indica la gravedad del episodio como leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos o graves con síntomas psicóticos. Si en aquel momento no se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor, el cuarto dígito se emplea para indicar si el trastorno está en remisión parcial o en remisión total (v. pág. 385).

Si se presenta un episodio maníaco, mixto o hipomaníaco en el curso de un trastorno depresivo mayor, se cambia el diagnóstico por el de trastorno bipolar. Sin embargo, si los síntomas maníacos o hipomaníacos aparecen como efecto directo de un tratamiento antidepresivo, del consumo de otros medicamentos, del consumo de sustancias o de la exposición a tóxicos, sigue siendo apropiado el diagnóstico de trastorno depresivo mayor y debe anotarse un diagnóstico adicional de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, con síntomas maníacos (o con síntomas mixtos).

Del mismo modo, si los síntomas maníacos o hipomaníacos se producen como efecto directo de una enfermedad médica, sigue siendo apropiado el diagnóstico de trastorno depresivo mayor y debe anotarse el diagnóstico adicional de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica, con síntomas maníacos (o con síntomas mixtos).

Se pueden utilizar las siguientes especificaciones para describir el episodio depresivo mayor actual (o para el episodio depresivo mayor más reciente si en ese momento no se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor): Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos, en remisión parcial, en remisión total, Crónico, Con síntomas catatónicos, Con síntomas melancólicos, Con síntomas atípicos, De inicio en el posparto, Para indicar el patrón de los episodios y la presencia de sintomatología interepisódica en el trastorno depresivo mayor, recidivante, pueden utilizarse las especificaciones siguientes: Especificaciones de curso (con y sin recuperación total interepisódica).

Por su parte el modelo cognitivo de la depresión postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión: (1) la tríada cognitiva, (2) los esquemas, y (3) los errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información), la cual en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático.

El primer componente de la tríada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral, o físico. Debido a este modo de ver las cosas, el paciente cree que, *a causa* de estos defectos, es un inútil, carece de valor. El segundo componente de la tríada cognitiva se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos.

El tercer componente de la tríada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro. Cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente. Espera penas, frustraciones y privaciones interminables. Cuando piensa en hacerse cargo de una determinada tarea en un futuro inmediato, inevitablemente sus expectativas son de fracaso.

El modelo cognitivo considera el resto de los signos y síntomas del síndrome depresivo como consecuencia de los patrones cognitivos negativos., es decir que sus cogniciones erróneas

generaran en la persona reacciones emocionales que por lo general están asociadas a sentimientos de tristeza, rechazo, soledad y actuara en congruencia con estas.

Los síntomas motivacionales también pueden explicarse como consecuencia de las cogniciones negativas. La poca fuerza de voluntad viene provocada por el pesimismo y desesperación del paciente. Si esperamos un resultado negativo, no puede comprometerse a realizar una determinada tarea. Los deseos de suicidio pueden entenderse como expresión extrema del deseo de escapar a lo que *parecen* ser problemas irresolubles o una situación intolerable. El depresivo puede verse a sí mismo como una carga inútil y consecuentemente pensar que sería mejor para todos, incluido él mismo, si estuviese muerto.

La creciente dependencia también se puede entender en términos cognitivos. Dado que el paciente se ve como inepto y dado que sobreestima la dificultad de las tareas, espera fracasar en todo. Así, tiende a buscar la ayuda y seguridad en otros que él considera más competentes y capacitados.

Por último, el modelo cognitivo también puede explicar los síntomas físicos de la depresión. La apatía y las pocas energías pueden ser consecuencia de la creencia del paciente de que está predestinado a fracasar en todo cuanto se proponga. La visión negativa del futuro puede producir una “inhibición psicomotriz”.

A nivel de esquemas, los cuales hacen referencias a patrones cognitivos relativamente estables constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones. El término “esquema” designa estos patrones cognitivos estables.

Los esquemas determinan el modo como un individuo estructurará distintas experiencias de la su vida, los cuales a su vez se activa ante situaciones generadoras de ansiedad, pero puede que estos permanezcan inactivos por periodos largo de tiempo.

En los estados psicopatológicos tales como la depresión, las conceptualizaciones de los pacientes acerca de determinadas situaciones se distorsionan de tal modo que se ajustan a esquemas inadecuados prepotentes.

En las depresiones más leves, el paciente generalmente es capaz de contemplar sus pensamientos negativos con una cierta objetividad. A medida que la depresión se agrava, su pensamiento está cada vez más dominado por ideas negativas, aunque pueda no existir conexión lógica entre las situaciones reales y sus interpretaciones negativas. Cuando los esquemas idiosincráticos prepotentes producen distorsiones de la realidad y, consecuentemente, errores sistemáticos en el pensamiento depresivo, éste se ve cada vez más incapacitado para considerar la idea de que sus interpretaciones negativas son erróneas.

En los estados depresivos más graves, el pensamiento del paciente puede llegar a estar completamente dominado por los esquemas idiosincráticos: está totalmente absorto en pensamientos negativos, repetitivos, perseverantes y puede encontrar extremadamente difícil concentrarse en estímulos externos. En tales casos, inferimos que la organización cognitiva del depresivo puede llegar a ser tan independiente de la estimulación externa que el individuo no responda a los cambios que se producen en su entorno inmediato.

En cuanto a los errores en el procesamiento de la información que presenta el paciente depresivo, mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria (ver Beck, 1967).

Se caracterizan de la siguiente manera:

Inferencia arbitraria (relativo a la respuesta): se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.

Abstracción selectiva (relativo al estímulo): consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y conceptualizar toda la experiencia en base a ese fragmento.

Generalización excesiva (relativo a la respuesta): se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.

Maximización y minimización (relativo a la respuesta): quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento; errores de tal calibre que constituyen una distorsión.

Personalización (relativo a la respuesta): se refiere a la tendencia y facilidad del cliente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.

Pensamiento absolutista, dicotómico (relativo a la respuesta): se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas; por ejemplo, impecable o sucio, santo o pecador. Para describirse a sí mismo, el paciente selecciona las categorías del extremo negativo.

8.3. Trastorno Obsesivo Compulsivo de la Personalidad

Antes de iniciar hablando del trastorno obsesivo de la personalidad, en adelante TOCP, iniciaremos con el concepto de personalidad, es así como la personalidad podría considerarse como un patrón de pensamientos, sentimientos y conductas característicos que distingue a las personas entre sí y que persiste a lo largo del tiempo y a " través de las situaciones (Phares, 1988).

Teniendo en cuenta esta definición, podemos inferir que existen un patrón que permite que una persona se adapta y otros patrones que no lo posibiliten, en este sentido algunos investigadores tales como Phares 1996 señalan que los individuos "poseen una personalidad normal, sana, cuando

manifiestan la capacidad para afrontar el ambiente de un modo flexible y cuando sus percepciones y conductas típicas fomentan el aumento de la satisfacción personal.

Por el contrario, cuando las personas responden a las responsabilidades diarias de forma inflexible o cuando sus percepciones y conductas dan como consecuencia un malestar personal o una reducción de las oportunidades para aprender y crecer, entonces podemos hablar de un patrón patológico o desadaptativos".

A parte de este concepto de personalidad, es importante abordar el concepto de rasgo de personalidad.

8.4. Rasgos de Personalidad

El DSM-IV-TR considera que los rasgos de la personalidad son patrones persistentes de percibir, relacionarse con y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo, que se manifiestan en una amplia gama de contextos sociales y personales y que sólo cuando dichos rasgos son inflexibles y desadaptativos y causan un malestar subjetivo o un deterioro funcional significativo pueden considerarse como trastornos de patrón permanente de conducta y de experiencia interna que se desvía notablemente de las normas o expectativas generadas por la cultura del sujeto y que se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas: cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal y control de impulsos" (p. 686).

Podemos, por lo tanto, afirmar que las características básicas de (un trastorno de la personalidad son las siguientes: a) está profundamente enraizado y es de naturaleza inflexible, b) es desadaptativos, especialmente en contextos interpersonales, es relativamente estable a lo largo del tiempo, d) deteriora de forma significativa la capacidad de la persona para funcionar y e) produce malestar en el entorno de la persona.

El modelo cognitivo reconoce que cada individuo tiene un perfil de personalidad único que se compone de diferentes niveles de probabilidad para responder de una manera específica en un

grado específico a una situación específica. De este modo, las conductas pueden ser adaptativas o desadaptativas, dependiendo de las circunstancias.

Este modelo sigue suponiendo que los comportamientos se encuentran motivados por un sistema de control interno compuesto por procesos de autorregulación que determinan la manera en que la gente se comunica consigo misma, tales como la autovigilancia, la autoevaluación, los autoconsejos y las autoinstrucciones. Estas autoevaluaciones y autoinstrucciones están relacionadas directamente con los conceptos y los esquemas sobre sí mismo. Cuando son exageradas o deficientes, el concepto de uno mismo y los procesos relacionados resultan estrategias insuficientes para encontrar soluciones adaptativas al estrés ambiental y pueden llevar a una persona a pasar de un estilo de personalidad a un trastorno de la personalidad.

En conclusión, cuando los individuos predispuestos que son incapaces de encontrar soluciones adaptativas al estrés ambiental mostrarán conductas que son características de sujetos que padecen un trastorno de la personalidad.

8.5. Característica Clínicas del Trastorno Obsesivo Compulsivo de la Personalidad

Se ha descrito al estilo compulsivo (Shapiro, 1965, citado en Freeman, Pretzer, Fleming y Simon, 1990) mediante tres características básicas. La primera es un estilo de pensamiento extremadamente rígido, con una atención intensa y centrada en un detalle específico de una situación concreta; la segunda característica de que habla Shapiro es la forma de actividad. Las personas con un estilo compulsivo se absorben intensamente en aspectos rutinarios o en actividades técnicas y la tercera característica mencionada por Shapiro es una pérdida de la realidad.

Las personas de las que estamos hablando parecen preocuparse a menudo por cosas que no solamente parecen improbables, sino que a menudo son absurdas, casi delirantes. La atención que prestan a los detalles a menudo les lleva a que se fijen en aspectos triviales, excluyendo otros datos mucho más importantes.

Los elementos conductuales característicos del TOCP, un comportamiento sistemático y estructurado y unas relaciones formales y distantes caracterizan al sujeto con un TOCP. Las personas que presentan un TOCP son percibidas socialmente como disciplinadas y perfeccionistas y, aunque en principio son personas eficientes en su trabajo, su preocupación por los detalles, el orden, la limpieza y su carácter meticuloso pueden interferir en la finalización de las tareas al perder de vista, en muchas ocasiones, el objetivo principal de las mismas.

Son personas de apariencia austera, que transmiten un aire de seriedad acorde con su vestimenta que suele encajar con las tendencias actuales, aunque limitando el color y el estilo. De discurso formal y dicción clara, son puntuales, respetuosos, educados e incluso sumisos con las autoridades, así como con personas de mayor estatus, siendo muy críticos con el trabajo y las formas de sus subordinados a los que llegan a censurar y reprender duramente cuando no sigue exhaustivamente su manera de hacer las cosas.

Suelen considerar su forma de hacer las cosas como la única vía de realizar correctamente el trabajo; de ahí que sean reticentes, por lo general, a delegar en otras personas parte de las tareas. Los sujetos con TOCP llegan a ser muy predecibles de un día para otro debido a la excesiva planificación de sus quehaceres diarios, lo que les otorga un carácter poco espontáneo e inflexible. De dedicación excesiva a cuestiones laborales, suelen dejar de lado otras actividades de carácter lúdico y de entretenimiento. Mantienen una conducta correcta mediante el seguimiento estricto de las normas y cánones sociales, siendo intolerantes con aquellos que las transgreden.

No consiguen deshacerse de objetos personales viejos o inservibles por miedo a necesitarlos en un futuro. Resultan muy comedidos en los gastos, tanto para ellos como para los demás, sin que exista una necesidad económica real, sino por su carácter previsor ante posibles catástrofes futuras.

Los aspectos cognitivos del TOCP reflejan también esa rigidez y sistematización características del comportamiento manifiesto. El estilo de pensamiento de los sujetos con TOCP se caracteriza por ser limitado y carente de imaginación, llegándose a bloquear incluso ante situaciones que supongan un cambio o novedad, debido a su mentalidad rígida y dogmática.

Presentan dificultades a la hora de considerar de manera objetiva las tareas, interfiriendo sobre su capacidad en la toma de decisiones, ya que se evalúan con la vara de la perfección, siendo ellos mismos los que se imponen sus propias y estrictas reglas. Viven con un continuo miedo al fracaso o a ser considerados como irresponsables por parte de los demás, lo que explica sus intentos de impresionarlos con su eficiencia y actitudes correctas (Millon y Everly, 1994). Presentan pensamientos automáticos negativos que reflejan una serie de distorsiones cognitivas (Beck y Freeman, 1990), producto a su vez de esquemas básicos.

Los aspectos fisiológicos del TOCP enumerados en el cuadro 11.6 se refieren a los aspectos fisiológicos y médicos que muchas veces acompañan a los sujetos con este tipo de trastornos. Este tipo de problemas suelen ser reflejo de la ansiedad y tensión que muchas veces estos sujetos padecen de forma continuada.

La preocupación por la puntualidad, la competitividad y la impaciencia (características del llamado patrón de conducta de tipo A) hacen a estos sujetos más propensos a sufrir enfermedades cardiovasculares sobre todo si en la historia familiar existen casos de hipertensión (Oldham y Morris, 1995). El TOCP se traduce en una gran tensión que hace más vulnerables a los sujetos a padecer, además, otros síntomas como migrañas, úlceras y problemas neuromusculares.

8.6. Características diagnosticas del trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad

Los criterios diagnósticos para el TOCP del manual DSM IV-TR.

Un patrón general de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia, que empieza al principio de la edad adulta y se presenta en una serie de contextos, tal como lo indican cuatro (o más) de los siguientes síntomas: 1. Preocupación por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los horarios hasta el punto de perder de vista el objetivo principal de la actividad. 2. Un perfeccionismo que interfiere con la finalización de la tarea. 3. Dedicación excesiva al trabajo y a la productividad con exclusión de las actividades de ocio y de las amistades. 4. Es reacio a delegar tareas o a trabajar con otros, a menos que se sometan exactamente a su forma de hacer

las cosas. 5. Muestra rigidez y obstinación. 6. Inflexibilidad sobre temas de moral, ética o valores. 7. Incapacidad para deshacerse de objetos gastados o inútiles incluso aunque no tengan un valor sentimental. 8. Adopción de un estilo avaro en los gastos para sí mismo y para los demás.

En el manual de diagnóstico CIE 10 los criterios se caracterizan de la siguiente manera: Deben cumplirse los criterios generales del trastorno de personalidad. Deben estar presentes al menos cuatro de los siguientes síntomas: 1. Preocupación excesiva por detalles, reglas, listas, orden, organización u horarios. 2. Perfeccionismo que interfiere con la realización de tareas. 3. Rectitud Y escrupulosidad excesivas junto con una preocupación injustificada por el rendimiento, hasta el extremo de renunciar a actividades placenteras y a relaciones personales. 4. Insistencia poco razonable en que los demás se sometan a su propia rutina de hacer las cosas o resistencia poco razonable en dejar a los demás hacer lo que tienen que hacer. 5. Rigidez y obstinación. 6. Falta de decisión, dudas y precauciones excesivas, que reflejan una profunda inseguridad personal. 7. Excesiva pedantería y adhesión a las normas sociales, con una capacidad limitada para expresar emociones. 8. La irrupción no deseada e insistente de pensamientos o impulsos. Incluye: Personalidad compulsiva - Personalidad obsesiva - Trastorno compulsivo de la personalidad - Trastorno obsesivo de la personalidad. Excluye: Trastorno obsesivo-compulsivo.

La diferencias entre manuales es que de los ocho criterios, cinco son compartidos por ambos sistemas de clasificación.

Según el DSM-IV-TR (APA, 2000), el TOCP es bastante frecuente hoy día entre las personas de la cultura occidental. Para Beck y Freeman (1990) esto se debe, en parte, al alto valor que la sociedad pone en la expresión más moderada de algunas características de este estilo de personalidad, tales como la atención a los detalles, la autodisciplina, el control emocional, la perseverancia, la fiabilidad y la cortesía. Según el DSM-IV-TR, cuando se diagnostica un TOCP el clínico no debería incluir aquellas conductas que reflejen hábitos, costumbres o estilos interpersonales que sean culturalmente admitidos por el grupo de referencia del individuo. Así, señala que ciertas culturas enfatizan notablemente el trabajo y la productividad y que, por lo tanto, las conductas que se derivan de ello no tienen por qué considerarse síntomas del TOCP.

Sin embargo, Beck y Freeman (1990) indican que en algunos individuos estas características se expresan de un modo tan extremo que llevan bien a un deterioro funcional significativo o bien a perturbaciones subjetivas. Así, cuando existe un TOCP, el individuo obsesivo se vuelve rígido, perfeccionista, dogmático, moralista, inflexible, indeciso y bloqueado emocional y cognitivamente.

Este trastorno de personalidad parece darse más en hombres que en mujeres en una proporción de 2 a 1 según el *DSM-N-TR* (APA, 2000). El curso del TOCP es relativamente estable a lo largo del tiempo, aunque es difícil de predecir. Aparece durante la adolescencia o el principio de la edad adulta, y tiende a agravarse con la edad. Es más frecuente encontrar este tipo de trastorno en sujetos con trabajos metódicos y detallados y que presentan una estricta dedicación a ellos (Robinson, 1999).

9. Análisis del Caso

Paciente de 48 años de edad, quien a lo largo de su historia de vida no ha tenido antecedentes de manifestaciones psicológicas que alteraran de manera significativa su desempeño en las diferentes áreas de su vida. Esta por el contrario estuvo caracterizada por el alcance de metas a nivel personal, familiar y profesional, siendo su prioridad su formación académica y el logro de reconocimiento a nivel profesional.

De esta historia académica se destaca el inicio de comportamientos orientados al perfeccionismo, la necesidad de orden y control, esta surge como respuesta al logro de una beca académica para continuar su estudio de bachillerato, actuando como refuerzo positivo a su conducta, la cual se evidencio a lo largo de su recorrido académico ya que siempre se destacó por los resultados obtenidos y es mantenido en su desempeño como profesional, es así como esta dedica mayor tiempo a su actividad laboral, en este demuestra una conducta obsesiva tanto en tiempo como en la obtención de resultados, sin que ello le haya generado malestar a nivel interpersonal, sin embargo a nivel relacional se mostró distante y exigente, al punto de terminar haciendo la actividad delegada a otros.

Su fijación en los detalles estuvo marcada desde su infancia, esta se veía reflejada en vestir “todo debía coordinar”, aún en la actualidad la paciente mantiene esta regla “todo debe estar perfecto y en su lugar”, y cuando esto no ocurre hay una respuesta emocional caracterizada por la irritabilidad.

A nivel familiar siempre se mostró como líder entre sus hermanos, como si ejemplo a seguir, así mismo siempre se ha sentido responsable por ellos, por lo que teniendo en cuenta su posición a nivel profesional ha estado a cargo de sus padres y sobrinos.

Observándose en la paciente rasgos de personalidad obsesivo compulsiva, los cuales se validan a través de sus esquemas y estrategias compensatoria.

Con la pérdida de reforzadores a razón de proceso de investigación disciplinaria pasó a otra instancia y con ello la pérdida de su empleo y libertad. La paciente inicia con manifestaciones de ansiedad, caracterizada por preocupación excesiva acerca del tiempo que tomará resolver su situación, así mismo el desajuste de su agenda en la cual solo tenía prioridad para el desempeño de su trabajo, estas manifestaciones de ansiedad siguieron acompañadas de estados de ánimo depresivos, configurando así criterios diagnósticos para el trastorno depresivo mayor sin síntomas psicóticos, tales como tristeza, llanto frecuente, ha pensado en ocasiones en querer morir, como forma de salir de la situación en la que se encuentra, sin embargo sin ideación o intento de suicidio; manifiesta sentimientos de culpa de manera constante; ha perdido el apetito y bajado significativamente su peso.

Después de estos sucesos, se hace crónico su estado de ansiedad en horas específicas, así mismo el cambio radical de su rutina, disminuyendo considerablemente su actividad, situación que se convierte en un agente estresor, la dificultad de aceptación o adaptación a cambios que se han presentado de forma inevitable en su vida en su dimensión, personal, familiar laboral y social, dando lugar a un Trastorno Adaptativo Mixto de Ansiedad y estado de Animo Depresivo.

Luego que los síntomas depresivos disminuyeron, se evidencia que persisten los signos y síntomas asociados a la ansiedad como respuesta ante las situaciones asociadas a su circunstancia actual, tales como noticias, citaciones, disponibilidad de las personas que la asesoran y necesidades presentes en su familia de las cuales ella se hacía cargo.

En contraste con esto se evidencia que ante los constantes aplazamientos para la definición de su situación laboral, ha generado en la paciente sentimientos de desesperanza y temor ante la no resolución de su situación.

A pesar de ello, con la disminución de los síntomas depresivos y aún con la presencia de signos y síntomas de ansiedad, la paciente logra auto disciplinarse y trabajar en función a lo requerido para su proceso, para lo que dedica horas organizando documentos, recolectando información a través de las solicitudes que realiza, programa y organiza toda la información, para lo que tiene un sistema de clasificación y un lugar especial, no espera a que sus asesores le den

orientaciones o elaboren documentos, ya que ella se anticipa ante estas solicitudes, con lo cual termina haciendo ella todo el trabajo.

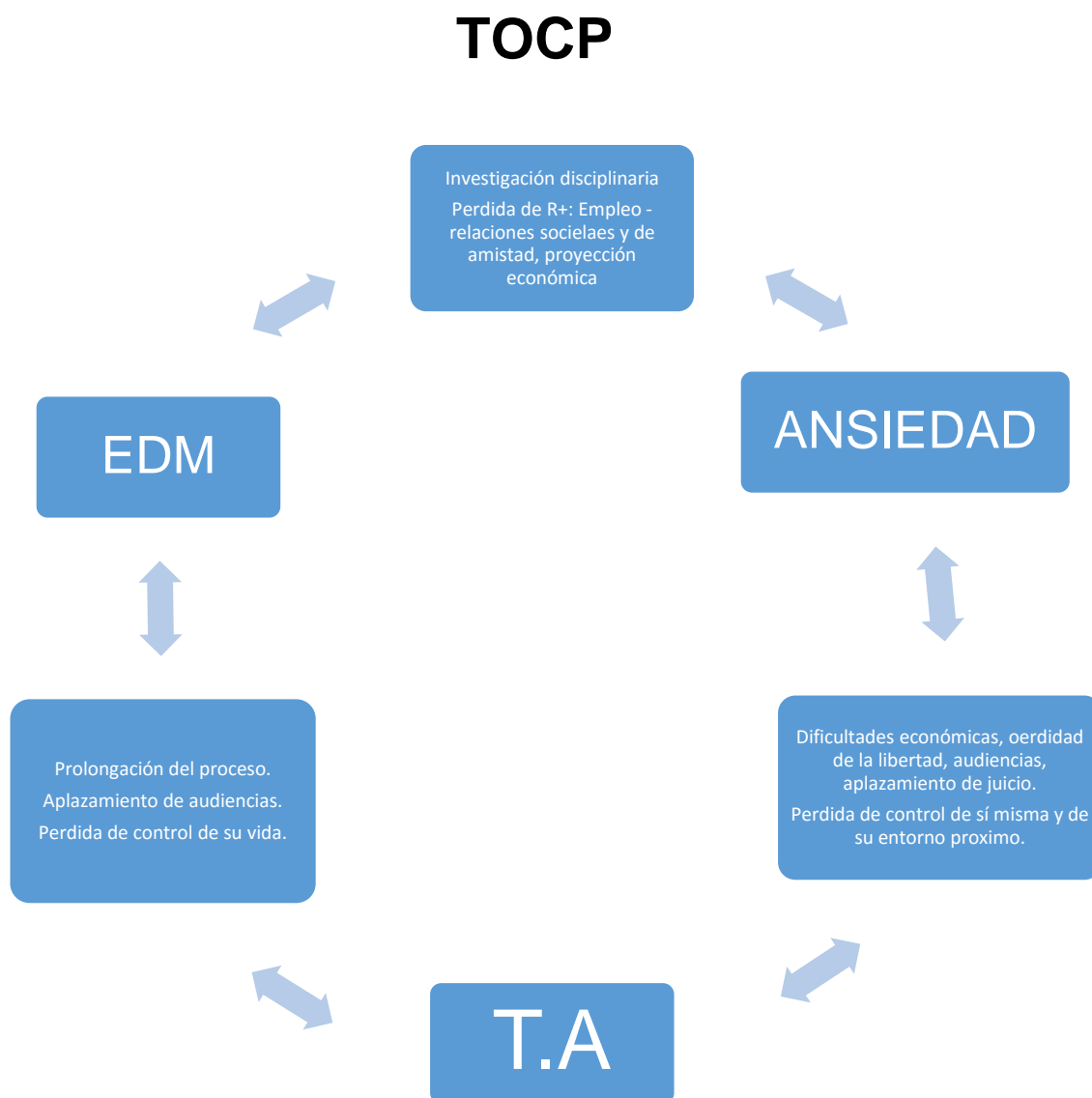


Gráfico 3. Generación y mantenimiento del trastorno

Fuente: Elaboración propia.

Conclusiones y Discusión

Podemos iniciar la discusión del caso de la paciente NPV basándonos en el modelo cognitivo del grupo de Botella (Botellas, baños y Guillen, 2008), apoyado en los trabajos de Lazarus (1984,1986,2000), los cuales parten del supuesto de que una persona que se enfrenta a un determinado acontecimiento estresante en su vida puede sentirse enormemente amenazada y si esta persona llega a interpretar el evento como una situación que implica un riesgo muy elevado y no cuenta con los recursos necesarios para hacerle frente, aparecerá como consecuencia de la evaluación negativa de la situación, la incapacidad para aceptar y afrontar lo sucedido y así mismo se activarían esquemas mal adaptivos tempranos que en este caso en la paciente no se habían manifestado a lo largo de su vida.

En la paciente ante la presencia de una situación de amenaza que inicia con una investigación disciplinaria, se desencadenan pensamiento asociados a su esquema central “yo soy incompetente”, revaluando así sus capacidad de afrontamiento y de habilidades en su entorno conocido como es su trabajo y en el reconocimiento derivado de este, perdiendo sus reforzadores más importantes.

Las emociones experimentadas por la paciente se muestran a través de expresiones de ansiedad y miedo llevándola a un episodio depresivo mayor, estas a su vez se asocian a comportamientos desajustados a nivel de relaciones con su entorno próximo (familia), expresada a través de reacciones emocionales exacerbada ante situaciones que no lo requieren, así mismo dificultades para concentrarse, manifestaciones fisiológicas como migraña, inhabilitándola en su cotidianidad.

Teniendo en cuenta el modelo explicativo del grupo de Botella (Botellas, baños y Guillen, 2008), la causa determinante en la generación del T.A con síntomas mixtos (para la paciente), se basa en la evaluación negativa y distorsionada que la paciente hace de la situación y las capacidades propias del afrontamiento. Por un lado la magnificación del acontecimiento estresante, que ha vivido, el cual percibe como una gran amenaza, y por otro desvaloriza los recursos, considerándose incapaz de hacerle frente a lo que le ha ocurrido. Estos elementos se retroalimentan

negativamente creando un círculo vicioso, que podría mantener y agravar el problema, generando sentimiento de desesperanza, actitudes de derrota y confirmando a modo de profecía auto cumplida la ineficacia personal.

Cuando la paciente llega a este punto, inicia fase de episodio depresivo mayor, evidenciándose cronicidad de síntomas depresogénicos, los cuales posibilitan la búsqueda de ayuda psicoterapéutica.

Se destaca que en la paciente por la evidencia de características obsesivo compulsivas de la personalidad tales como ser perfeccionista, minucioso, organizada, tener el control de su entorno y sobre todo destacarse por hacer sus actividades bien, le permite retomar su estilo de auto exigencia y reafirmar su auto control, conservándola en un estado de equilibrio que le permite mantenerse en el eje clínico del T.A.

Sin embargo, el estado continuo del malestar de la paciente por la situación vivida, así mismo los factores de mantenimiento asociados a la situación, mantiene a la paciente anclada al problema.

En el análisis de los esquemas mal adaptativos tempranos (instrumento de esquemas mal adaptativos tempranos de Young) de la paciente se destacan:

El dominio de **AUTONOMIA**, el cual se resalta resultados en las variables de vulnerabilidad al daño con puntaje de significativo de 54, sobre la media para esta variable de 29,63; de igual forma en la variable de Miedo a perder el control obtiene una puntuación de 29, donde la media para ello es de 17,03. Por otra parte en el dominio de **CONEXIÓN**, se evidencian resultados significativos en las siguientes variables: Carencias emocionales con una puntuación de 18, por encima de la media que corresponde a 13,93, así mismo, la variable de abandono/perdida con una puntuación de 25, donde su media estándar es de 14,9; y la variable falta de confianza con una puntuación de 34, para una media de 17,72. Para el dominio de **VALOR EN SÍ MISMO**, la paciente en todas la variables de este dominio obtiene puntuaciones significativas, muy por encima de la media, es así como la variable vergüenza/turbación (PD: 17) sobre una media de 7,9 y

estándares inflexibles (PD: 65), sobre una media de 35,23, así mismo Culpa/castigo (25) sobre una media de 14,72; la variable de incapacidad/defectuosidad (PD: 14) sobre una media de 7,17; la variable aceptación social (PD:17), sobre una media de 11,64; la variable de impotencia al fracaso (PD: 13), sobre una media de 11,81 y la variable de límites insuficientes (PD: 28) sobre una media de 20,65, corroborando características de personalidad obsesivo compulsivas como estrategias de compensación a sus esquemas.

Los Esquemas Maladaptativos Tempranos se refieren a temas extremadamente estables y duraderos que se desarrollan durante la infancia se elaboran a lo largo de la vida de un individuo y son significativamente disfuncionales. Estos esquemas sirven como marcos para el procesamiento de experiencias posteriores (Young, 1999).

Para otros autores como Stopa y Waters (2005) los esquemas tienen un papel importante en la psicopatología, y como estructuras cognitivas hacen parte de la vulnerabilidad de los trastornos del eje I y del eje II. El estudio realizado por Stopa y Waters (2005). Con relación a los trastornos de la personalidad, el cuestionario de esquemas (SQ) (primera versión del Young Schema Questionnaire) fue empleado en un estudio realizado en Australia por Jovev y Jackson (2004) sobre la especificidad de los esquemas maladaptativos tempranos en una muestra de personas diagnosticadas con trastornos de la personalidad (límite $n=13$; obsesivo-compulsivo $n=13$ y por evitación $n=22$). Este estudio arrojó una alta asociación entre los esquemas de dependencia/incompetencia y defectuosidad/abandono con el grupo de trastorno límite de la personalidad, el esquema de estándares inflexibles con el grupo de trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo y el esquema de inhibición emocional con el trastorno de la personalidad por evitación.

En este estudio de caso se destaca en la paciente la primacía del esquema de estándares inflexibles, el cual entra en concordancia con sus rasgos asociados al TOCP; la activación de este dominio esquemático desencadena la activación de otros esquemas, los cuales están dado por la pérdida de control y ausencia de reforzadores, afectando directamente la capacidad para el afrontamiento de la situación que vive la paciente, así mismo activándose esquemas en los dominios de autonomía, Conexión y valor en sí mismo. Sin embargo, el hecho de que la paciente

contenga aspectos conductuales característicos del TOCP, permite que pueda lograr mantenerse en equilibrio dentro del T.A y el EDM, sin que se llegue a la configuración de un trastorno depresivo mayor recidivante.

En conclusión los esquemas en relación al TA, estuvieron relacionados dentro de las pruebas en cifras altas que sobrepasaron a la media, dentro de la historia personal de la paciente se destaca lo psicológico como factor de adquisición de su dominio esquemático.

Por otra parte, de acuerdo a Min y Escovar (1996a) señalan que los individuos "poseen una personalidad normal, sana, cuando manifiestan la capacidad para afrontar el ambiente de un modo flexible y cuando sus percepciones y conductas típicas fomentan el aumento de la satisfacción personal. Por el contrario, cuando las personas responden a las responsabilidades diarias de forma inflexible o cuando sus percepciones y conductas dan como consecuencia un malestar personal o una reducción de las oportunidades para aprender y crecer, entonces podemos hablar de un patrón patológico o desadaptativo" (p. 6); así mismo según Phares, 1988 la personalidad podría considerarse como un patrón de pensamientos, sentimientos y conductas característicos que distingue a las personas entre sí y que persiste a lo largo del tiempo y a lo través de las situaciones, cuando existe situaciones que alteran el curso normal de su cotidianidad, las personas no disponen de recursos que las ayuden a afrontarlas.

A diferencia de esto la paciente cuenta con recursos personales, los cuales están relacionados con sus características del TOCP, las cuales encubren la manifestación de esquemas mal adaptativos tempranos, sin embargo ante la presencia del evento estresante estos afloran y limitan la capacidad de la paciente para resolver y afrontar dicho evento.

Ahora bien, en el plan de intervención para la paciente, al tener como objetivo intervenir sobre las características de vulnerabilidad del trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad, permitió favorecer conducta de auto control, con la que la paciente logra poner en marcha recursos que antes de la presencia de la situación estresante manejaba, y así reducir síntomas de ansiedad y depresión.

Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Barcelona: Masson 2003.
- American Psychiatric Association – APA. (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson.
- Carvajal, C.; Carbonell, C.; Philippi, R.; Monteverde, P.; Bacigalupo, F. y Alvear, F. (2001). *Características Clínicas Del Trastorno De Adaptación Con Síntomas De Estrés Postraumático*; Revista Chilena de Neuropsiquiatría 39 (2), 99-109. Doi: 10.4067/S0717-92272001000200002
- David A. Clark Y Aaron T. Beck, *TERAPIA COGNITIVA PARA TRASTORNOS DE ANSIEDAD Ciencia y Práctica*; Biblioteca De Psicología Desclee De Brouwer, extraído de: <http://www.edesclée.com/img/cms/pdfs/9788433025371.pdf>
- Fernández, P. (2008). Evaluación e intervención psicológica en un caso de trastorno adaptativo mixto en una mujer con Arnold-Chiari tipo I. *Norte de Salud Mental*, 7(31), 99-104. Recuperado de <http://revistanorte.es/index.php/revista/article/view/548>
- González de Rivera y Revuelta, JL. *Trastornos Adaptativos Y De Estrés*. Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000 [citado:]; Conferencia 25- I-B: [99 pantallas]. Recuperado de: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa25/conferencias/25_ci_b.htm
- Londoño-Arredondo, Nora H., Vulnerabilidad cognitiva en trastornos mentales. Revista Colombiana de Psiquiatría [en línea] 2011, 40 (Junio-Sin mes): [Fecha de consulta: 22 de noviembre de 2017] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80619290009> ISSN 0034-7450

N., R. (2009). Teorías de la personalidad. (8a. Ed.) McGraw-Hill Interamericana. Página 367.
Tomado de <http://www.ebooks7-24.com.ezproxy.cecar.edu.co:8080>

N., R. (2009). Teorías de la personalidad. (8a. Ed.) McGraw-Hill Interamericana. Página 367.
Tomado de <http://www.ebooks7-24.com.ezproxy.cecar.edu.co:8080>

Pérez Prieto JF: Identificación y manejo de los trastornos por estrés. *Psiquiatría y atención primaria* 2002; 3: 4-8.

Rosa María BAÑOS RIVERA, Verónica GUILLEN BOTELLA, Cristina BOTELLA ARBONA, Azucena GARCÍA PALACIOS, Mercedes JORQUERA RODERO, Soledad QUERO CASTELLANO, *Un programa de tratamiento para los trastornos adaptativos*. Un estudio de caso, 2008, Vol. 26, número 2, págs. 303-316. ISSN 0213-3334, Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental y Universidad de Sevilla. Extraído de: <http://apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/263>

Anexos

Anexo 1: Cuestionario E.M.T

(Test psicológico clínico)

Usted va a encontrar una serie de afirmaciones que cualquier persona podría usar para describirse a sí misma. Por favor lea cada afirmación y decida que tan bien lo (a) describe a lo largo de su vida. Cuando encuentre algún conflicto, base su respuesta en lo que usted siente, no en lo que piensa debería contestar.

Valoración del puntaje:

1. Totalmente falso.
2. Falso.
3. Ni cierto ni falso.
4. Moderadamente cierto.
5. Cierto.
6. Me describe perfectamente.

Marque con una (x) la respuesta correcta:

1	No me siento capaz de valerme por mí mismo	1	2	3	4	5	6
2	Necesito de otras personas que me ayuden a vivir	1	2	3	4	5	6
3	No siento que pueda enfrentarme bien a las cosas por mí mismo	1	2	3	4	5	6
4	Creo que otras personas pueden cuidarme mejor de lo que yo mismo haría.	1	2	3	4	5	6
5	Tengo dificultades para empezar nuevas tareas a menos que alguien me guíe.	1	2	3	4	5	6
6	Me veo a mí mismo como dependiente	1	2	3	4	5	6
7	Dejo que otras personas se salgan con la suya	1	2	3	4	5	6
8	Pienso que si hago lo que quiero tendré problemas	1	2	3	4	5	6
9	Siento que no tengo otras alternativas que ceder ante los deseos de los demás	1	2	3	4	5	6
10	Antepongo las necesidades de los otros a las mías	1	2	3	4	5	6
11	En las relaciones interpersonales, dejo que la otra persona lleve la delantera	1	2	3	4	5	6
12	Encuentro difícil ser yo mismo con otra gente.	1	2	3	4	5	6
13	Realmente no sé qué es lo que quiero para mí	1	2	3	4	5	6
14	No puedo expresar mi ira porque los demás me desaprobaban o me abandonarían	1	2	3	4	5	6

15	Pienso que las decisiones más importantes de mi vida no han sido realmente mías	1	2	3	4	5	6
16	Me siento culpable porque le quedo mal a la gente o los defraudo	1	2	3	4	5	6
17	Doy más a los demás de lo que recibo	1	2	3	4	5	6
18	Me preocupo por complacer a los demás	1	2	3	4	5	6
19	Acumulo dentro de mí un montón de ira y resentimiento que no puedo expresar.	1	2	3	4	5	6
20	Tengo gran dificultad para pedir que mis derechos sean respetados y que mis sentimientos sean tenidos en cuenta.	1	2	3	4	5	6
21	Siento con frecuencia que algo va a ocurrir	1	2	3	4	5	6
22	Pienso que un desastre (natural, criminal, financiero o medico)	1	2	3	4	5	6
23	Me preocupa volverme un vagabundo o una persona de la calle	1	2	3	4	5	6
24	Me preocupa la posibilidad de ser atacado	1	2	3	4	5	6
25	Soy muy cuidadoso con el manejo del dinero para no correr el riesgo de terminar con nada.	1	2	3	4	5	6
26	Tomo grandes precauciones para no enfermarme o lastimarme	1	2	3	4	5	6
27	Me preocupa perder todo mi dinero y volverme pobre	1	2	3	4	5	6
28	Me preocupo por la posibilidad de estar desarrollando una enfermedad grave, aun cuando nada serio ha sido detectado por el medico	1	2	3	4	5	6
29	Soy una persona temerosa	1	2	3	4	5	6
30	Prefiero hacer las cosas de la manera segura o familiar mas que arriesgar lo inesperado	1	2	3	4	5	6
31	Pienso mucho acerca de las cosas terribles que pasan en el mundo; crimen, polución, etc.	1	2	3	4	5	6
32	Me preocupa perder el control de mis acciones	1	2	3	4	5	6
33	Pienso con frecuencia que podría enloquecer	1	2	3	4	5	6
34	Siento con frecuencia que voy a tener un ataque de ansiedad	1	2	3	4	5	6
35	Me preocupa que yo pueda empezar a sonrojarme o a sudar delante de otros	1	2	3	4	5	6
36	Con frecuencia me siento al borde del llanto incontrolable	1	2	3	4	5	6
37	me preocupa no ser capaz de controlar mis impulsos sexuales	1	2	3	4	5	6
38	Me preocupa que yo pueda dañar a alguien (física o emocionalmente) si mi ira se me sale de control	1	2	3	4	5	6
39	Siento que tengo que controlar mis emociones e impulsos o algo malo puede ocurrir.	1	2	3	4	5	6
40	Nadie está disponible para satisfacer mis necesidades	1	2	3	4	5	6
41	No recibo suficiente amor ni atención	1	2	3	4	5	6
42	No tengo a nadie que me pueda ayudar o aconsejar	1	2	3	4	5	6
43	No tengo a nadie que me mime, que comparta conmigo todo o que se preocupe profundamente por algo que me pase	1	2	3	4	5	6
44	No tengo a nadie que quiera acercárseme afectivamente y que pase mucho tiempo conmigo	1	2	3	4	5	6
45	Yo podría desaparecer de la faz de la tierra y nadie me extrañaría	1	2	3	4	5	6
46	Mis relaciones interpersonales son básicamente superficiales	1	2	3	4	5	6

47	No siento que yo sea especial para nadie.	1	2	3	4	5	6
48	Nadie realmente me escucha, entiende o esta sintonizado con mis verdaderas necesidades y sentimientos.	1	2	3	4	5	6
49	Estoy destinado a estar solo siempre	1	2	3	4	5	6
50	Me preocupa que alguien que yo me muera pronto, aun cuando hay poca evidencia médica para sustentar mi preocupación	1	2	3	4	5	6
51	Me encuentro a mí mismo muy aferrado a la gente que quiero	1	2	3	4	5	6
52	Me preocupa que la gente que yo quiero me deje o abandone	1	2	3	4	5	6
53	Siento que me falta una base estable de apoyo emocional	1	2	3	4	5	6
54	No siento que las relaciones interpersonales importantes duraran yo espero que ellas se acaben.	1	2	3	4	5	6
55	Siento que muchas personas están ahí para herirme o aprovecharse de mí.	1	2	3	4	5	6
56	Me tengo que proteger contra los ataques y desaires de los demás	1	2	3	4	5	6
57	La mejor forma para mí de evitar ser dañado es atacar primero	1	2	3	4	5	6
58	Siento que tengo que vengarme de la forma como me a tratado la gente	1	2	3	4	5	6
59	Siento que no puedo bajar la guardia en presencia de otras personas	1	2	3	4	5	6
60	Si alguien es querido conmigo yo asumo que debe estar detrás de algo	1	2	3	4	5	6
61	Es solo una cuestión de tiempo antes que la gente me traicione	1	2	3	4	5	6
62	La mayoría de las personas solo piensan en ellas mismas	1	2	3	4	5	6
63	Me da muchísima dificultad confiar en la gente	1	2	3	4	5	6
64	Soy muy suspicaz acerca de los motivos de otros	1	2	3	4	5	6
65	Yo no quepo, no me ajusto a las situaciones social estoy un solitario	1	2	3	4	5	6
66	Yo soy fundamentalmente diferente a los demás	1	2	3	4	5	6
67	Soy un solitario	1	2	3	4	5	6
68	Me siento alienado por otra gente	1	2	3	4	5	6
69	Me siento aislado(a) y solo (a)	1	2	3	4	5	6
70	Ninguna persona que yo desee podrá amarme una vez conozca mis defectos	1	2	3	4	5	6
71	Ninguna persona que yo quiera querra permanecer cerca de mi si conociera mi verdadero yo	1	2	3	4	5	6
72	Yo soy esencialmente imperfecto y defectuoso	1	2	3	4	5	6
73	No importa que tanto lo intente yo no puedo hacer que una persona significativa me respete o sienta que yo soy valioso	1	2	3	4	5	6
74	Yo no soy merecedor de amor, la atención y el respeto de los demás.	1	2	3	4	5	6
75	No soy sexualmente atractivo	1	2	3	4	5	6
76	Soy demasiado gordo	1	2	3	4	5	6
77	Soy feo	1	2	3	4	5	6
78	No soy capaz de sostener una conversación aceptable	1	2	3	4	5	6
79	Soy torpe y aburrido en situaciones sociales	1	2	3	4	5	6
80	La gente que yo valoro no se relacionaría conmigo por mi estatus social (Ej.; ingreso, profesión, nivel cultural)	1	2	3	4	5	6

81	Nunca sé que decir socialmente	1	2	3	4	5	6
82	A la gente no le gusta incluirme en sus grupos.	1	2	3	4	5	6
83	Casi nada de lo que yo hago es tan bueno como lo que hacen los demás	1	2	3	4	5	6
84	Soy incompetente	1	2	3	4	5	6
85	La mayoría de las personas son más capaces de lo que yo soy	1	2	3	4	5	6
86	Todo lo que emprendo me sale mal	1	2	3	4	5	6
87	Soy inepto	1	2	3	4	5	6
88	Soy un fracasado	1	2	3	4	5	6
89	Si confié en mi propio criterio tomare la decisión equivocada	1	2	3	4	5	6
90	Me falta sentido común	1	2	3	4	5	6
91	En mi criterio no se puede confiar.	1	2	3	4	5	6
92	Yo soy esencialmente una mala persona	1	2	3	4	5	6
93	Merezco ser castigado	1	2	3	4	5	6
94	No merezco placer o felicidad	1	2	3	4	5	6
95	Cuando cometo un error, merezco ser criticado y fuertemente castigado	1	2	3	4	5	6
96	Soy muy crítico ante mis errores	1	2	3	4	5	6
97	Me siento muy culpable de errores que he cometido	1	2	3	4	5	6
98	En ciertas cosas no parece que yo fuera capaz de alcanzar mis principios morales o religiosos, no importa que tan duro trate	1	2	3	4	5	6
99	A menudo me siento culpable sin saber porque	1	2	3	4	5	6
100	Yo me avergüenzo de mis fracasos o inadecuaciones	1	2	3	4	5	6
101	Yo soy demasiado inferior o inaceptable para mostrar mis fallas ante los demás	1	2	3	4	5	6
102	Si otras personas averiguan mis defectos, no podrían enfrentarlas	1	2	3	4	5	6
103	A menudo me siento avergonzado cuando estoy con otros porque yo no les doy la medida	1	2	3	4	5	6
104	Yo soy muy retraído cuando estoy con otra gente alrededor.	1	2	3	4	5	6
105	Tengo que ser el mejor en la mayoría de las cosas que yo hago no puedo aceptar ser el segundo	1	2	3	4	5	6
106	Me esfuerzo por mantener casi todo en perfecto orden	1	2	3	4	5	6
107	Tengo que lucir de la mejor forma la mayor parte del tiempo	1	2	3	4	5	6
108	Yo trato de hacer lo mejor que puedo no me puedo conformar con un simple “bien”	1	2	3	4	5	6
109	Tengo tanto que hacer casi no tengo tiempo de relajarme	1	2	3	4	5	6
110	Casi nada de lo que yo hago es lo suficientemente bueno; siempre puedo mejorar	1	2	3	4	5	6
111	Yo tengo que cumplir todas mis responsabilidades	1	2	3	4	5	6
112	Siento que hay una presión constante para que yo alcance y haga cosas	1	2	3	4	5	6
113	Mis relaciones se afectan, porque me presiono demasiado	1	2	3	4	5	6
114	Me salud se está afectando porque yo me pongo demasiada presión para hacer las cosas bien	1	2	3	4	5	6

115	Con frecuencia sacrifico el placer y felicidad para alcanzar mis propios estándares.	1	2	3	4	5	6
116	Tengo gran dificultad para aceptar un “no” por respuesta cuando quiero algo de otra gente	1	2	3	4	5	6
117	Con frecuencia ,e enojo o me irrito sino puedo conseguir lo que quiero	1	2	3	4	5	6
118	Yo soy especial y no tengo que aceptar muchas de las restricciones que les ponen a los demás	1	2	3	4	5	6
119	Odio sentirme frenado o restringido para hacer las cosas	1	2	3	4	5	6
120	Tengo gran dificultad para aceptar aspectos de mi vida que no son de la forma que yo quisiera que ellos fueran, aun cuando veo que objetivamente mi vida es buena.	1	2	3	4	5	6
121	Tengo gran dificultad para parar de beber, fumar, comer en exceso u otros problemas de comportamiento	1	2	3	4	5	6
122	No parezco ser capaz de disciplinarme para completar rutinas o tareas	1	2	3	4	5	6
123	Con frecuencia me permito a mí mismo dejarme llevar por impulsos o expresar emociones que me ponen en problemas o hieren a otras personas.	1	2	3	4	5	6

BAREMOS DEL EMT

	ITEMS	MEDIA	DESVIACION	PROMEDIO
AUTONOMIA				
Dependencia	1-6	11,69	4,45	7-16
Sometimiento/falta de individualidad	7-20	32,56	11,02	43-21
Vulnerabilidad al daño	21-31	29,63	10,81	40-18
Miedo a perder el control	32-39	17,03	6,99	24-10
CONEXIÓN				
Carencias emocionales	40-48	13,93	7,82	21-6
Abandono/ pérdida	49-54	14,9	5,69	20-9
Falta de confianza	55-64	17,72	7,33	22-10
Aislamiento social/ alineación	65-69	9,07	4,64	13-4
VALOR DE SI MISMO				
Defectos/ incapacidad de ser amado	70-74	7,17	3,42	10-3, 75
Aceptación social	75-82	11,64	5,44	17-6
Impotencia/ fracaso	83-91	11,81	5	16-6
Culpa/ castigo	92-99	14,72	5,03	19-9
Vergüenza/ turbación	100-104	7,9	4,11	12-3, 79
Estándares inflexibles	105-115	35,23	11,11	46-24
Limites insuficientes	116-123	20,65	8,09	28-12

Anexo 2: Beck Depression Inventory, BDI

El Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI) (Beck y cols, 1961) fue desarrollado inicialmente como una escala heteroaplicada de 21 ítems para evaluar la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión, conteniendo cada ítem varias frases autoevaluativas que el entrevistador leía al paciente para que este seleccionase la que mejor se adaptase a su situación; sin embargo, con posterioridad su uso se ha generalizado como escala autoaplicada. Esta versión fue adaptada al castellano y validada por Conde y cols (1975), y ha sido durante mucho tiempo la versión más conocida en nuestro país.¹

En 1979 Beck y cols., dan a conocer una nueva versión revisada de su inventario, adaptada y traducida al castellano por Vázquez y Sanz. (1991)^{2,2b}, siendo esta la más utilizada en la actualidad. En 1996, los mismos autores presentaron una nueva revisión de su cuestionario³, el Beck Depression Inventory–II o BDI-II, del que no se dispone por el momento de adaptación y validación al castellano.

Existen también dos versiones abreviadas de 13⁴⁻⁵ y de 7⁶ ítems, de menor difusión, y no validadas en nuestro medio.

Es un cuestionario auto aplicado de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos. En la versión de 1961 cada ítem contemplaba de 4 a 6 opciones de respuesta, ordenadas de menor a mayor gravedad, y así fueron recogidas en la adaptación y validación de Conde y cols. (1975), si bien en una revisión posterior introdujeron varias modificaciones importantes sobre el cuestionario original, tales como la eliminación completa de 2 ítems (sentimientos de culpa y autoimagen) y la aleatorización de las alternativas de respuesta⁷.

En la versión revisada de 1979 se sistematizan 4 alternativas de respuesta para cada ítem, que evalúan la gravedad / intensidad del síntoma y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad. El marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa. Ni la numeración de las alternativas de respuesta, ni los

enunciados de los distintos items deben aparecer en el formato de lectura del cuestionario, ya que al dar una connotación clínica objetiva a las frases pueden influir en la opción de respuesta del paciente.

Su contenido enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representan en torno al 50 % de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático / vegetativo el segundo bloque de mayor peso; de los 21 items, 15 hacen referencia a síntomas psicológico-cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somático-vegetativos⁸

Interpretación

El paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3.

El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos. Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico⁹. Los puntos de corte usualmente aceptados¹⁰ para graduar la intensidad / severidad son los siguientes:

No depresión:	0-9 puntos
Depresión leve:	10-18 puntos
Depresión moderada:	19-29 puntos
Depresión grave:	≥ 30 puntos

A efectos de cribado o detección de casos en población general el punto de corte ha sido establecido por Lasa L. y cols¹¹ en ≥ 13 puntos. En pacientes médicos la validez predictiva de la escala está peor establecida, por cuanto los ítems somáticos tienden a aumentar el número de falsos positivos si se utiliza un punto de corte bajo¹² y se han utilizado puntos de corte más altos (por ej.: ≥ 16 en pacientes diabéticos¹³, ≥ 21 en pacientes con dolor crónico¹⁴).

A efectos de selección de sujetos para investigación, el punto de corte usualmente aceptado es ≥ 21 puntos¹².

Se ha cuestionado algunos aspectos de su validez de contenido, ya que los síntomas referidos al estado de ánimo tienen poco peso y, además, parte de la premisa de que la depresión se caracteriza por una inhibición general, ya que sólo recoge síntomas por defecto. Tiene escasa capacidad discriminante para los trastornos de ansiedad¹⁵, y tampoco resulta

adecuado para realizar un diagnóstico diferencial frente a otros trastornos psiquiátricos o para diferenciar distintos subtipos de depresión^{16, 17}.

En población geriátrica los ítems de síntomas somáticos pueden distorsionar al alza la puntuación total, y en general y a efectos de cribado, se considera más idónea la escala de depresión geriátrica de Yesavage^{18, 19}. En pacientes médicos, y por la misma razón, mantiene una buena sensibilidad pero una baja especificidad, con elevado porcentaje de falsos positivos, es especial si se utilizan puntos de corte bajos⁹.

Al ser un cuestionario autoaplicado puede ser difícil de aplicar en pacientes graves o con bajo nivel cultural.

Se trata posiblemente del cuestionario autoaplicado más citado en la bibliografía. Utilizado en pacientes con diagnóstico clínico de depresión, proporciona una estimación adecuada de la gravedad o intensidad sintomática, y es ampliamente utilizado en la evaluación de la eficacia terapéutica por su sensibilidad al cambio y en la investigación para la selección de sujetos. Posee así mismo una adecuada validez para el cribado o detección de casos en población general, pero en pacientes médicos su especificidad es baja.

Propiedades Psicométricas

Fiabilidad:

Sus índices psicométricos han sido estudiados de manera casi exhaustiva, mostrando una buena consistencia interna (alfa de Cronbach 0,76 – 0,95). La fiabilidad test oscila alrededor de $r = 0,8$, pero su estudio ha presentado dificultades metodológicas, recomendándose en estos casos variaciones a lo largo del día en su administración.

Validez:

Muestra una correlación variable con otras escalas (HDRS, SDS, MADRS...) ^{10, 15, 20,21}.

En pacientes psiquiátricos se han encontrado valores entre 0,55 y 0,96 (media 0,72) y en sujetos no psiquiátricos entre 0,55 y 0,73 (media 0,6).

Muestra también una buena sensibilidad al cambio, similar o algo inferior a la del HDRS^{22, 23}, con una correlación alta con la mejoría clínica evaluada por expertos²⁴, tanto en terapias farmacológicas, como psicológicas²⁵.

Su validez predictiva como instrumento diagnóstico de cribado ha sido recientemente estudiada en nuestro país¹¹ en una amplia muestra de población general de entre 18 y 64 años de edad, con buen rendimiento: sensibilidad 100 %, especificidad 99 %, valor predictivo positivo 0.72, y valor predictivo negativo 1 (punto de corte ≥ 13). Anteriormente se había estudiado en distintos grupos de pacientes médicos^{13, 14,26-28} con criterios dispares en cuanto al punto de corte, por lo que los resultados no eran homogéneos.

Identificación Fecha

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1. ☐ No me siento triste.
 ☐ Me siento triste.
 ☐ Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
 ☐ Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2. ☐ No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
 ☐ Me siento desanimado respecto al futuro.
 ☐ Siento que no tengo que esperar nada.
 ☐ Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3. ☐ No me siento fracasado.
 ☐ Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
 ☐ Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
 ☐ Me siento una persona totalmente fracasada.

4. ☐ Las cosas me satisfacen tanto como antes.
 ☐ No disfruto de las cosas tanto como antes.
 ☐ Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
 ☐ Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5. ☐ No me siento especialmente culpable.
 ☐ Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 ☐ Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
 ☐ Me siento culpable constantemente.

6. ☐ No creo que esté siendo castigado.
 ☐ Me siento como si fuese a ser castigado.
 ☐ Espero ser castigado.
 ☐ Siento que estoy siendo castigado.

7. ☐ No estoy decepcionado de mí mismo.
 ☐ Estoy decepcionado de mí mismo.
 ☐ Me da vergüenza de mí mismo.
 ☐ Me detesto.

Identificación **Fecha**

8.
 - ☐ No me considero peor que cualquier otro.
 - ☐ Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
 - ☐ Continuamente me culpo por mis faltas.
 - ☐ Me culpo por todo lo malo que sucede.
9.
 - ☐ No tengo ningún pensamiento de suicidio.
 - ☐ A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
 - ☐ Desearía suicidarme.
 - ☐ Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
10.
 - ☐ No lloro más de lo que solía.
 - ☐ Ahora lloro más que antes.
 - ☐ Lloro continuamente.
 - ☐ Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
11.
 - ☐ No estoy más irritado de lo normal en mí.
 - ☐ Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
 - ☐ Me siento irritado continuamente.
 - ☐ No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
12.
 - ☐ No he perdido el interés por los demás.
 - ☐ Estoy menos interesado en los demás que antes.
 - ☐ He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
 - ☐ He perdido todo el interés por los demás.
13.
 - ☐ Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
 - ☐ Evito tomar decisiones más que antes.
 - ☐ Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
 - ☐ Ya me es imposible tomar decisiones.
14.
 - ☐ No creo tener peor aspecto que antes.
 - ☐ Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
 - ☐ Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
 - ☐ Creo que tengo un aspecto horrible.

Identificación Fecha

15. ☐ Trabajo igual que antes.
☐ Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
☐ Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
☐ No puedo hacer nada en absoluto.
16. ☐ Duermo tan bien como siempre.
☐ No duermo tan bien como antes.
☐ Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
☐ Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
17. ☐ No me siento más cansado de lo normal.
☐ Me canso más fácilmente que antes.
☐ Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
☐ Estoy demasiado cansado para hacer nada.
18. ☐ Mi apetito no ha disminuido.
☐ No tengo tan buen apetito como antes.
☐ Ahora tengo mucho menos apetito.
☐ He perdido completamente el apetito.
19. ☐ Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
☐ He perdido más de 2 kilos y medio.
☐ He perdido más de 4 kilos.
☐ He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar: SI ☐ NO ☐
20. ☐ No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
☐ Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
☐ Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.
☐ Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
21. ☐ No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
☐ Estoy menos interesado por el sexo que antes
☐ Estoy mucho menos interesado por el sexo
☐ He perdido totalmente mi interés por el sexo

TOTAL:

Escala de Ansiedad de Hamilton

La escala de ansiedad de Hamilton (*Hamilton Anxiety Scale, HAS*)¹ fue diseñada en 1.959. Inicialmente, constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos se refundieron en dos, quedando reducida a 13. Posteriormente, en 1.969 dividió el ítem “*síntomas somáticos generales*” en dos (“*somáticos musculares*” y “*somáticos sensoriales*”) quedando en 14. Esta versión² es la más ampliamente utilizada en la actualidad. Su objetivo era valorar el grado de ansiedad en pacientes previamente diagnosticados y, según el autor, no debe emplearse para cuantificar la ansiedad cuando coexisten otros trastornos mentales (específicamente desaconsejada en situaciones de agitación, depresión, obsesiones, demencia, histeria y esquizofrenia).

Existe una versión española, realizada por Carroble y cols³ en 1986, que es la que presentamos. Así mismo, está disponible una para aplicación informática y otra para utilización mediante sistema de video⁴.

Se trata de una escala heteroaplicada de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. Debe cumplimentarse por el terapeuta tras una entrevista, que no debe durar más allá de 30 minutos. El propio autor¹ indicó para cada ítem una serie de signos y síntomas que pudieran servir de ayuda en su valoración, aunque no existen puntos de anclaje específicos. En cada caso debe tenerse en cuenta tanto la intensidad como la frecuencia del mismo.

Cada ítem se valora en una escala de 0 a 4 puntos. Hamilton reconoce que el valor máximo de 4 es principalmente un punto de referencia y que raramente debería alcanzarse en pacientes no hospitalizados. Sólo algunas cuestiones hacen referencia a signos que pueden observarse durante la entrevista, por lo que el paciente debe ser interrogado sobre su estado en los últimos días. Se aconseja un mínimo de 3 días y un máximo de 3 semanas⁵. Bech y cols recomiendan administrarla siempre a la misma hora del día, debido a las fluctuaciones del estado de ánimo del paciente, proponiendo a modo de ejemplo entre las 8 y las 9 am.

Interpretación

Se trata de uno de los instrumentos más utilizados en estudios farmacológicos sobre ansiedad. Puede ser usada para valorar la severidad de la ansiedad de una forma global en pacientes que reúnan criterios de ansiedad o depresión y para monitorizar la respuesta al tratamiento. No distingue síntomas específicos de un trastorno de ansiedad, ni entre un desorden de ansiedad y una depresión ansiosa. A pesar de discriminar adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos, no se recomienda su uso como herramienta de *screening* ni de diagnóstico⁷.

El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13)⁸.

Como los efectos de la medicación pueden tener diferente intensidad sobre los síntomas psíquicos y somáticos, es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma⁷, resultando útil la puntuación de las subescalas.

Aunque puede utilizarse sin entrenamiento previo, éste es muy recomendable. Caso de no estar habituado en su manejo es importante que sea la misma persona la que lo aplique antes y después del tratamiento, para evitar en lo posible interpretaciones subjetivas.

No existen puntos de corte para distinguir población con y sin ansiedad y el resultado debe interpretarse como una cuantificación de la intensidad, resultando especialmente útil sus variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento⁸⁻¹⁰. Se ha sugerido (Bech y cols)⁵ que el test no debería utilizarse en casos de ataques de pánico, pues no existen instrucciones para distinguir entre éstos y estados de ansiedad generalizada o persistente. Proponen que cuando se sospeche la presencia de ataques de pánico (puntuación ≥ 2 en el ítem 1 y ≥ 2 en al menos 3 de los ítems 2, 8, 9, 10 y 13) esta escala puede cuantificar la severidad de los mismos.

El tiempo valorado en estos casos debe ser las 3 semanas anteriores la primera vez que se administra y solamente la última semana cuando se utiliza repetidamente.

Cuando no existen ataques de pánico o cuando no se han producido en los últimos 3 días la escala puede utilizarse para valorar ansiedad generalizada, preguntado por los síntomas entre los ataques. En estos casos se ha propuesto por Bech, de forma orientativa: 0 - 5 puntos (No ansiedad), 6 - 14 (Ansiedad menor), 15 ó más (Ansiedad mayor). Kobak¹¹ propone la puntuación igual o mayor de 14 como indicativa de ansiedad clínicamente manifiesta.

En ensayos clínicos^{12, 13} se han utilizado como criterios de inclusión valores muy dispares, oscilando entre 12 y 30 puntos. Beneke¹⁴ utilizó esta escala para valorar ansiedad en pacientes con otras patologías concomitantes (depresión, psicosis, neurosis, desórdenes orgánicos y psicosomáticos) obteniendo puntuaciones medias similares en todos ellos, con una media, considerando todas las situaciones, de alrededor de 25 puntos.

A pesar de haberse utilizado en numerosos estudios clínicos como medida de ansiedad generalizada, no se centra en los síntomas de ésta, tal y como se contemplan en el DSM-IV. Los síntomas clave de los desórdenes de ansiedad generalizada reciben menos prominencia que los síntomas fóbicos y los referentes a excitación del sistema autonómico, que durante tiempo no han formado parte de la definición de ansiedad generalizada, están excesivamente considerados.

Inicialmente se concibió para valoración de “neurosis de ansiedad”, pero a lo largo del tiempo este concepto ha evolucionado, hablándose hoy en día de “desorden de pánico”, “desorden fóbico” y “ansiedad generalizada”, entre otros. En la práctica clínica muchas veces es difícil distinguir entre ansiedad y depresión, ya que algunos síntomas se superponen, por otra parte muchos estados depresivos cursan con ansiedad. Según Hamilton en estos casos no debería utilizarse la escala, aunque algunos autores^{15, 16} sugieren que la subescala de ansiedad somática puede utilizarse para valorar el grado de ansiedad en pacientes depresivos, así como la respuesta al tratamiento ansiolítico y antidepresivo. No obstante ha demostrado¹⁷ su validez interobservador en pacientes con depresión.

Propiedades Psicométricas

Fiabilidad:

Muestra una buena consistencia interna⁷ (alfa de Cronbach de 0,79 a 0,86). Con un adecuado entrenamiento en su utilización la concordancia entre distintos evaluadores es adecuada ($r = 0,74 - 0,96$). Posee excelentes valores test-retest tras un día y tras una semana ($r = 0,96$) y aceptable estabilidad después de un año ($r = 0,64$).

Validez:

La puntuación total presenta una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran ansiedad, como The Global Rating of Anxiety by Covi^{18, 19} ($r = 0,63 - 0,75$) y con el Inventario de Ansiedad de Beck²⁰ ($r = 0,56$).

Distingue adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos¹¹ (puntuaciones medias respectivas de 18,9 y 2,4). Posee un alto grado de correlación con la Escala de Depresión de Hamilton^{21, 22} ($r = 0,62 - 0,73$).

Es sensible al cambio tras el tratamiento⁷.



HAS

Identificación _____ Fecha _____

	0	1	2	3	4
1. Humor ansioso >					
Inquietud. Espera de lo peor. Aprensión (anticipación temerosa). Irritabilidad					
2. Tensión >					
Sensación de tensión. Fatigabilidad. Imposibilidad de relajarse. Llanto fácil. Temblor.					
Sensación de no poder quedarse en un lugar					
3. Miedos >					
A la oscuridad. A la gente desconocida. A quedarse solo. De los animales grandes, etc					
Al tránsito callejero. A la multitud					
4. Insomnio >					
Dificultad para conciliar el sueño . Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos					
5. Funciones intelectuales >					
(gnósticas). Dificultad de concentración. Mala memoria					
6. Humor depresivo >					
Falta de interés. No disfrutar ya con sus pasatiempos. Depresión. Insomnio de la madrugada. Variaciones de humor durante el día					
7. Síntomas somáticos generales >					
(musculares) Dolor y cansancio muscular. Rigidez muscular. Sobresaltos. Sacudidas crónicas. Chirrido de los dientes. Voz poco firme o insegura					
8. Síntomas somáticos generales >					
(somáticos) Zumbidos de oídos. Visión borrosa. Sofocaciones o escalofríos Sensación de debilidad. Sensación de hormigueo					
9. Síntomas cardiovasculares >					
Taquicardia. Palpitaciones. Dolores en el pecho. Latidos vasculares. Extrasístoles					
10. Síntomas respiratorios >					
Peso en el pecho o sensación de opresión torácica. Sensación de ahogo. Suspiros. Falta de aire					
11. Síntomas gastrointestinales >					
Dificultad para tragar. Meteorismo. Dispepsia. Dolor antes o después de comer. Sensación de arcor. Distensión abdominal. Pírosis. Náuseas. Vómitos. Sensación de estómago vacío. Cólicos abdominales. Borborismos. Diarrea. Constipación					
12. Síntomas genitourinarios >					
Amenorrea. Metorragia. Aparición de la frigidez. Micciones frecuentes. Urgencia de la micción. Eyacuación precoz Ausencia de erección. Impotencia					
13. Síntomas del sistema nervioso autónomo >					
Sequedad de boca. Accesos de rubor. Palidez. Transpiración excesiva. Vertigos. Cefalea de tensión. Hormigueo					
14. Comportamiento durante la entrevista >					
(general) Tenso, incómodo. Agitación nerviosa: de las manos, frota sus dedos, aprieta los puños. Inestabilidad, postura cambiante. Temblor de las manos. Ceño arrugado. Facies tensa. Aumento del tono muscular (fisiológico). Traga saliva. Eructos. Taquicardia de reposo. Frecuencia respiratoria de más de 20 min. Reflejos tendinosos vivos. Temblor. Dilatación pupilar. Exoftalmía. Sudor. Mioclonías palpebrales					
TOTAL:					
A.P.					
A.S.					

Declaración de Consentimiento Informado

INVESTIGADOR: ISABEL CRISTINA PALACIO PEREZ – PSICOLOGA CLÍNICA

YO NPV, EN CALIDAD DE PACIENTE, MAYOR DE EDAD Y VECINO DE ESTA CIUDAD.

DECLARO QUE:

Que el investigador me invito a participar de una investigación en la cual se busca explorar caracterizar el perfil cognitivo del TA, para la cual he decidido participar voluntariamente como paciente de este caso clínico.

Que la evaluación de dicho estudio se desarrollara a través de pruebas y test propios de la psicología, en el marco de las sesiones intervención terapéutica.

Se me ha informado que en cualquier momento puedo retirarme y revocar este consentimiento.

Al firmar el consentimiento informado acepto que mi participación en la evaluación sea documentada y utilizada de la manera que el investigador estimen conveniente para fines académicos, es decir, solamente serán comunicados en publicaciones científicas o de divulgación institucional y en eventos académicos sin revelar mi identidad.

Igualmente he sido informado/a que el resultado de la investigación no afectará en económicamente, judicial, ni me compromete con ningún proceso que no esté explícito en este documento.

Acepto que la participación en dicho estudio no me reportará ningún beneficio de tipo material o económico, ni se adquiere ninguna relación contractual.

Así mismo declaro que para obtener el presente Consentimiento Informado, se me explicó en lenguaje claro y sencillo lo relacionado con dicha investigación, sus alcances y limitaciones; además que en forma personal y sin presión externa, se me ha permitido realizar todas las observaciones y se me han aclarado las dudas e inquietudes que he planteado, además que de este consentimiento tendré copia si lo requiero.

Declaro que estoy satisfecho con la información recibida y comprendo el alcance del estudio, mis derechos como participante y mis responsabilidades.

En constancia se firma a los _____ del mes de _____ de 2017, en Sincelejo-Sucre.

Paciente: _____

Investigador: _____

Isabel Cristina Palacio Perez; CC. 64587372 de sjo.